

LA PSYCHOTHÉRAPIE

DANS

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE DES INFLUENCES MORALES
AVANT, PENDANT, ET APRÈS L'OPÉRATION

« Les Joyeux guérissent toujours »

Ambroise PARÉ.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 décembre 1904

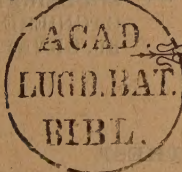
PAR

Joseph **POUCEL**

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Marseille, le 16 juin 1878

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

Editeurs du Montpellier Médical

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS E.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS E. (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. RAYMOND.	MM. ARDIN-DELTEIL.
MOITESSIER.	VIRES.	GUÉRIN.
DE ROUVILLE.	VEDEL.	SOUBEIRAN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRE.
GALAVIELLE.	POUJOL.	Ed. GRYNFELTT.

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, Professeur, <i>Président.</i>		MM. ARDIN-DELTEIL, Agrégé.
FORGUE, Professeur.		SOUBEIRAN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR EUGÈNE POUCEL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE MARSEILLE

J. POUCEL.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE.....	13
-------------------------------------	----

Généralités. — Nécessité d'une conception philosophique de ce qu'est le malade.

Historique :

A. Médecine :

1^o *Exposition.* — Les précurseurs philosophes. — Au XIX^e siècle commence la phase médicale. — Aliénistes : Pinel et Lasègue. — Thérapeutique suggestive : Ecole de Nancy : Liébeault et Bernheim. — Thérapeutique persuasive : Dubois, Déjerine.

2^o *Appréciation.* — La psychothérapie peut être considérée comme une heureuse conquête moderne de la médecine.

B. Chirurgie :

1^o *Exposition.* — Opinions et préceptes d'Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau, Dionis, Van Swieten, Larrey, Dupuytren, Vidal de Cassis, Guyon, Gosselin.

2^o *Appréciation.* — Insuffisance de la thérapeutique morale exposée jusqu'ici dans la littérature chirurgicale.

CHAPITRE II. — ETAT ACTUEL DE LA QUESTION.....	31
--	----

Insuffisance de la psychothérapie actuellement employée en chirurgie. — Les chirurgiens dans la réalité et dans la littérature.

A. *Causes qui font négliger la psychothérapie :*

- 1^o Méthode actuelle, d'enseignement ;
- 2^o Progrès de la technique chirurgicale.

B. *Motifs qui doivent la faire employer :*

- 1^o C'est grandir le rôle de la chirurgie ;
- 2^o C'est augmenter le nombre des succès. — Influence de l'état d'âme sur l'aggravation ou l'amélioration de la maladie ;
- 3^o C'est une question d'humanité.

CHAPITRE III. — L'ÂME DE L'OPÉRÉ. — PRINCIPES DE L'ACTION
QU'ON PEUT EXERCER SUR ELLE

43

A. *Notions sur la psychologie de l'opéré. Grandes variations psychiques influencées par trois facteurs principaux :*

- 1^o *Le sujet.* — Influence de l'âge (enfants, adultes), de l'éducation, de la souffrance, du tempérament (apathiques, émotifs) ;
- 2^o *Le milieu.* — L'entourage, le lieu (habitation personnelle, hôpital, clinique, champ de bataille...) ;
- 3^o *L'opération.*

B. *Éléments de psychothérapie :*

Méthode de ce travail : Exposé. — Suggestion. — Persuasion.

Appréciation. — Supériorité théorique de la persuasion. — Impossibilité d'employer exclusivement une seule méthode.

CHAPITRE IV. — LA PSYCHOTHÉRAPIE AVANT L'OPÉRATION. . .

56

- 1^o *La confiance.* — Irraisonée : Qualités physiques du chirurgien — Raisonée : Qualités morales du chirurgien ;
- 2^o *Examen du malade.* — Soins à y apporter. — Influence de la physionomie. — Cliniques au lit du malade ;
- 3^o *Annnonce de l'opération.* — Influence de la terminologie. — Manière d'annoncer la nécessité d'une opération. — Fixation du jour. — La crainte d'effrayer ne doit pas empêcher de dire aux malades (sauf aux

enfants) ce qu'on doit leur faire et ce qu'ils seront après ;

- 4^o *Préparations morales proprement dites.* — Généralités. — L'émotion. — Il faut deviner les craintes des malades.

Exposition :

A. Combattre les craintes par la persuasion, mais non par la moquerie :

Craintes : de l'anesthésie, de l'inconnu, de la douleur, des suites opératoires. — Craintes pudiques. — Craintes superstitieuses. — Crainte des expériences. — Crainte de la peur. — Craintes liées à une opération en particulier. Ex. : l'ovariotomie.

B. Exciter le désir de l'opération :

a) Inconvénients de l'expectative ;

b) Avantages de l'intervention ;

- 5^o *Addition.* — Conduite à tenir lorsqu'une opération est réclamée sans nécessité par le malade. — L'intervention, procédé de suggestion.

CHAPITRE V. — LA PSYCHOTHÉRAPIE PENDANT L'OPÉRATION.. 78

Généralités :

L'exactitude du chirurgien. — Soins moraux pré-opératoires immédiats. — Eviter la mise en scène.

Opérations sans anesthésie :

La douleur. — Nécessité pour qu'elle existe réellement de sa perception par le psychisme supérieur. — Danger de la volonté seule appliquée contre l'élément douleur. — Quelques causes qui font varier cet élément. — Tolérance à la douleur. Exemples. — La diminution de la douleur par la distraction et la suggestion. — Démonstration clinique de l'influence de la distraction.

Opérations avec anesthésie générale :

A. Anesthésiques habituels :

Les accidents qui leur sont imputés doivent être attribués, en partie, à l'état psychique :

- 1^o Ces accidents s'observent surtout chez les malades effrayés ;

2° La peur seule peut produire des accidents semblables.

Exemples : Accidents après simulacre d'anesthésie.

Tentative d'explication psychologique de ces accidents. — Influence du calme sur l'anesthésie. — Influence des suggestions de sommeil. — Influence de la musique. — Utilité du silence pendant l'anesthésie complète.

B. *Hypnose* : Possibilité d'opérations pendant l'hypnose. Ce n'est qu'un procédé d'anesthésie d'exception.

CHAPITRE VI. — LA PSYCHOTHÉRAPIE APRÈS L'OPÉRATION... 103

1° Le réveil est favorable à la suggestion, comme le début de l'anesthésie. — Eviter les suggestions fâcheuses. — Donner des suggestions favorables ;

2° Soins moraux post-opératoires ;

3° Utilisation de l'opération comme procédé de suggestion. — Influence de l'idée dans la symptomatologie des maladies organiques ;

4° La convalescence peut être activée par les idées et les sentiments.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

DANS L'INTERVENTION CHIRURGICALE

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE DES INFLUENCES MORALES
AVANT, PENDANT, ET APRÈS L'OPÉRATION

AVANT-PROPOS

Si beaucoup conviennent de l'utilité du traitement psychique en chirurgie, peu enseignent la manière de le pratiquer. Dans les ouvrages anciens, à peine y a-t-il à ce sujet quelques pages éparses ; dans les modernes, on en trouve encore bien moins. La chirurgie s'est spécialisée à outrance. Elle s'est clôturée de murs qui diminuent son domaine et limitent son horizon, oubliant que les sciences limitrophes, en particulier la philosophie, sont de complaisantes et bonnes voisines qui ne demandent qu'à lui prêter leur appui.

Mais autant l'étude de cette cure morale est captivante, autant son exposition en est ardue.

La première difficulté est la précision. Il faut donc bien fixer les *limites du sujet*, au risque de placer quelques bornes

un peu arbitrairement. Aussi, voulant être avant tout pratique, je n'étudierai la psychothérapie dans l'intervention chirurgicale que chez les individus jouissant d'un esprit normal. Toute la psychologie pathologique sera systématiquement écartée, et les opérations chez les aliénés ne nous occuperont pas. De même en sera-t-il des psychoses post-opératoires dont l'étiologie n'est pas nettement connue.

La deuxième difficulté, c'est d'établir *le plan* de la marche à suivre. Il faut se résigner à certains écueils inhérents au sujet lui-même, et se contenter de l'ordre le plus acceptable. Ce paraît être l'ordre chronologique des situations dans lesquelles se trouve un malade qui sera — est — puis a été opéré. Ainsi donc, après avoir repassé, dans un rapide aperçu, l'historique de la question, après avoir examiné quel en est l'état actuel, nous étudierons en général la psychologie de l'opéré et les principes de notre action sur elle. Puis, entrant dans le domaine de la pratique, nous verrons la conduite à tenir avant — pendant — puis après l'opération.

Ces pages ne sont pas un exposé théorique d'idées distillées dans les bibliothèques, pour être cristallisées sous une forme nouvelle. Elles sont avant tout le fruit de réflexions faites pendant cinq années d'externat et d'internat trop rapidement vécues.

Avant d'interroger les livres, j'ai puisé à deux sources : l'observation des malades m'a montré combien leur esprit peut souffrir. L'exemple de mes Maîtres m'a prouvé combien le médecin peut les soulager.

Ce m'est une joie très douce de penser que l'un surtout, celui dont je suis fier de porter le nom, fut aussi celui qui

joignit plus que tout autre à l'autorité de ses conseils l'enseignement de ses actes. Il m'a appris l'éclatante influence d'une âme grande et belle sur l'âme et sur le corps de ceux qui souffrent. C'est lui qui m'a dicté silencieusement la meilleure partie de ce travail.

Un double lien de reconnaissance me rend facile le devoir d'inscrire ici le nom de M. le professeur Dubois, de Berne. Après m'avoir prouvé l'excellence de sa méthode, par la guérison de personnes bien chères, il m'encouragea à aborder l'étude difficile des questions qui font l'objet de ce travail. Ses conseils me furent précieux.

Enfin, l'autorité en matière de psychologie de M. le professeur Grasset me faisait presque une obligation de lui soumettre cette thèse dont il a bien voulu accepter la présidence. C'est, pour moi, un honneur dont je ne saurais trop le remercier.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Sommaire. — *Généralités.* — Nécessité d'une conception philosophique de ce qu'est le malade.

HISTORIQUE — *A. Médecine.* — 1^o Exposition : Les précurseurs philosophes. — Au XIX^e siècle commence la phase médicale. — Aliénistes : Pinel et Lasèque. — Thérapeutique suggestive : Ecole de Nancy. Liébeault et Bernheim. — Thérapeutique persuasive : Dubois, Déjerine. — 2^o Appréciation : La psychothérapie peut être considérée comme une heureuse conquête moderne de la médecine.

B Chirurgie. — 1^o Exposition : Opinions et préceptes d'Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau, Dionis, Van Swieten, Larrey, Dupuytren, Vidal de Cassis, Guyon, Gosselin. — 2^o Appréciation : Insuffisance de la thérapeutique morale exposée jusqu'ici dans la littérature chirurgicale.

On a souvent répété que le médecin devait soigner non des maladies, mais des malades. Ce conseil est si connu que l'on oserait à peine en affronter la banalité, s'il n'était permis de croire que ceux-là mêmes qui l'ont formulé n'en ont pas toujours mesuré toute l'étendue.

Le malade peut être, en effet, envisagé sous deux aspects. Au point de vue *médical* d'abord : c'est un organisme qui se trouve dans certaines conditions physiologiques ou pathologiques ; ensuite au point de vue *philosophique* : c'est une personnalité morale.

Le premier côté de la question commence à être bien étudié. On sait qu'une affection microbienne, par exemple, n'évolue jamais identiquement chez deux êtres, et que si

cette différence est due à des modifications de la graine, elle est due pour beaucoup aussi aux qualités du champ où cette semence va germer. On sait que sur l'individu pèsent les tares ancestrales et les tares personnellement acquises qui, modelant l'organisme et créant ce que nos devanciers appelaient « *le tempérament* », changeront l'aspect et la marche du processus.

Mais si l'on se préoccupe à juste titre de l'état des divers organes du malade, si l'on examine ses poumons, son cœur; si l'on se souvient qu'il a des reins, on oublie trop qu'il a aussi un cerveau.

Et pourtant cette idée devrait siéger constamment et bien en vue dans notre esprit, pour que nous ne la perdions jamais. Elle est indépendante des conceptions que l'on peut se faire du mécanisme par lequel jaillit la pensée. Soit que, matérialiste, on ne la considère que comme une sécrétion de nos cellules supérieures ou que, spiritualiste, on ait la croyance plus consolante d'une âme mystérieusement unie à notre corps, le fait de l'existence de la pensée et son importance s'imposent, indépendants de toute quelle métaphysique.

Nous pensons comme nous respirons; nos idées vont, sans trêve, et le sommeil lui-même est impuissant à en arrêter l'élan. Mais ce n'est pas assez, les animaux aussi pensent, et depuis quelques années plusieurs de leurs amis, pénétrant dans leur intimité, ont réussi à capter assez leur confiance pour visiter quelques recoins de leur déconcertante psychologie. Plus élevé en dignité, l'homme *raisonne*, il établit des rapports, il infère l'inconnu du connu.

Lors donc qu'un médecin soigne un malade, ce n'est que par une abstraction de son esprit qu'il s'adresse à un organe lésé; dans la réalité, il a devant lui un homme, porteur d'une lésion. Aussi sa conduite sera-t-elle modifiée par bien

des circonstances, lorsqu'il sera appelé à réparer les dégâts du fragile *roseau pensant*.

Faire entrer le moral en ligne de compte, et s'en occuper, c'est faire de la *psychothérapie*. La suite de ce travail donnera une idée suffisante de la signification de ce terme. Aussi, sans aborder de longues discussions sur la *définition* de ce mot emprunté à Hack-Tuke, qu'il suffise de savoir qu'on peut entendre par là : *l'ensemble des influences psychiques employées dans un but thérapeutique*.

La médecine de l'esprit n'est pas d'hier. Du jour où il y eut un malade, les personnes qui l'ont soigné ont cherché à le consoler, à dissiper ses craintes et à ranimer son courage. Elle n'appartient pas non plus uniquement à la science. On voit quelquefois les personnes les plus illettrées trouver des encouragements que ne désapprouveraient pas les plus grands psychologues et qui ne leur sont dictés que par leur cœur. Camus et Pagniez, dans leur ouvrage¹ récent et très documenté, ont fait l'historique de la question. Il est intéressant de suivre à travers les siècles, dans la philosophie, la religion et la science médicale, les conseils divers qui ont été donnés pour l'hygiène de l'âme, et qui ne dépareraient pas les traités modernes. Socrate, Platon, Aristote, peuvent être, si l'on veut, considérés comme des précurseurs ; de même les Epicuriens dont se résume ainsi le quatrième canon de leur morale : *Prenez la peine qui vous délivre d'une peine plus grande ou qui doit être suivie d'un plus grand plaisir*.

Le traité *Du Médecin* de la collection Hippocratique débute par un aperçu des qualités physiques et morales du médecin, de sa conduite générale à l'égard du malade et de son entourage, et après avoir bien affirmé que « ce ne sont

¹ J. Camus et P. Pagniez. *Isolement et Psychothérapie*. Paris, Alcan. 1904.

pas de petits rapports que ceux du médecin avec les malades », il termine ainsi : « Tel doit être le médecin pour l'âme et pour le corps. » Le vieux père de la médecine lui-même n'a-t-il pas dit :

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. *Il faut non seulement faire soi-même ce qu'il convient, mais encore faire que le malade, les assistants, et les choses extérieures y concourent* ¹. »

Les stoïciens avec Sénèque et Epictète, montrent une connaissance approfondie de l'âme humaine, et avec eux commence à se dessiner plus nettement l'influence que nous pouvons avoir sur nous-mêmes. Il faut ensuite arriver aux philosophes du XVII^e siècle, avec Descartes, Fénelon, Pascal. Puis, le XVIII^e siècle et le début du XIX^e voient éclore toute une floraison de travaux sur les rapports de l'Esprit et du Corps. Mais au milieu de toutes ces fleurs, on chercherait vainement les fruits : beaucoup de paroles, et peu de conclusions pratiques, et pour citer l'un des traités les plus complets, on peut lire les deux volumes de Cabanis² sans en retirer grand profit. La caractéristique de ces ouvrages, c'est qu'ils étudient surtout l'influence du tempérament sur le caractère. On nous dira, par exemple, que les pléthoriques sont enclins à la colère. La répercussion inverse est beaucoup moins discutée.

A un certain point de vue, on peut dire qu'il n'y a pas à proprement parler d'inventeurs. Une nouvelle acquisition pour la science ne peut se faire qu'après avoir été préparée

¹ Hippocrate, Aphorismes. 1^{re} section, Aphorisme I, traduct. Littré. T. IV. 1844.

² Cabanis. Rapports du physique et du moral de l'homme. 1824.

par les acquisitions précédentes. La science marche, elle n'enjambe pas. Aussi lorsqu'une nouvelle découverte se fait, voit-on se dresser presque toujours plusieurs contemporains pour en revendiquer la paternité. Et pourtant nul ne niera que certains hommes ont eu le mérite très grand, non pas de composer de toutes pièces quelque chose d'inconnu, mais de donner suffisamment d'ordonnance et de faire une combinaison suffisamment nouvelle avec les matériaux réunis par leurs prédécesseurs, pour que cette œuvre lui soit réellement personnelle. Longtemps avant Pasteur, des cliniciens ont eu comme le pressentiment et l'intuition du microbe. Ils mériteraient moins d'oubli, mais Pasteur n'en a pas moins droit à toute sa gloire. Pour une question comme celle du traitement moral des malades, on comprend sans peine qu'il ne soit point aisé de savoir à qui en revient le mérite. Mais il semble que la première application systématique soit due aux aliénistes, en particulier à PINEL¹ et un peu plus tard à LASÈGUE²; nous leur devons d'autant plus de reconnaissance qu'ils avaient à réagir contre des préjugés invétérés sur l'inéducabilité du dément. Leurs pratiques prirent peu d'extension aux autres branches de la médecine; Hack-Tuke³, il est vrai, fit paraître un livre sensationnel sur le corps et l'esprit, ouvrage très documenté. Mais il n'en tira pas tout le parti possible. Trop prudent, il se contenta d'émettre des faits, sans en extraire des principes. Ce paraît être lui qui créa ce mot de *psychothérapie* dont on a tant abusé depuis. Plus tard, les esprits furent un peu détournés de

¹ Pinel. Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés. Paris, 1809.

² Lasègue. Quelles sont les principales méthodes de traitement moral. Annales médico-psychologiques. 1847.

³ Hack-Tuke. Le corps et l'esprit; action du moral et de l'imagination sur le physique. Trad. Parant. Baillière, 1886.

leur voie primitive par les applications si remarquables de l'*hypnotisme* à la thérapeutique: L'école de Nancy, avec LIÉBEAULT et BERNHEIM, opère une véritable révolution dans l'histoire de la suggestion, et crée à elle seule toute une branche de la médecine de l'Esprit.

Pendant ce temps, à Berne, DUBOIS élargissait sans cesse le domaine de la *persuasion* et du raisonnement, dans le traitement des maladies dites nerveuses. Il supprimé peu à peu tous les médicaments et le plus souvent les procédés physiques, tels que le massage, l'électricité, pour ne plus conserver, à titre adjuvant, que la cure de Weir-Mitchell. Véritable médecin philosophe, il s'applique dans le traitement des psycho-névroses, à amener, par des conversations quotidiennes, le malade à éliminer de lui-même les idées fausses qui y avaient élu domicile.

En France, Déjerine installe à la Salpêtrière un service de psychothérapie. Au lieu de produire les nerveux en représentation, comme on l'a dit de quelques-uns de ses prédécesseurs, il cherche à les guérir et réussit souvent.

La psychothérapie d'aujourd'hui n'est donc plus un procédé accessoire, une fantaisie brodée qui court sur le canevas du traitement des psycho-névroses; elle en est le dessin et la trame, et se suffit à elle-même. C'est donc une conquête en somme bien moderne et dont nous avons lieu de nous réjouir, car elle ouvre la voie de l'espoir à de longues théories de psychasthéniques qui, après avoir épuisé vainement les ressources de la pharmacopée, s'en vont trouver dans la philosophie un calme autrement durable que celui que donne le bromure. Les névrosés ne sont pas les seuls à en bénéficier. On commence à se rendre compte du rôle considérable de l'idée dans les diverses maladies; suivant l'expression de Strauss, on fait de *l'orthopédie mentale*. « Le médecin

moderne, dit Maurice de Fleury¹, soigne autre chose que des douleurs rhumatismales ou des maux d'estomac. Il s'est accoutumé depuis quelques années à la pathologie et à l'hygiène de l'intelligence. » Mais pour ce faire, les études actuelles ne sont pas encore suffisantes ; elles ne tiennent pas assez compte de la personnalité du malade et de sa tournure d'esprit. Pourtant cela est une lacune et nous pensons avec Michaut² : « Il ne suffit pas que le médecin soit uniquement un spécialiste instruit dans les différentes sciences dont les applications sont utiles à la guérison des malades, il faut qu'il soit *philosophe*, et par philosophe nous entendons l'ensemble des qualités que les anciens comprenaient sous le terme de *sage*. »

La chirurgie est une branche de la thérapeutique, et par conséquent de la médecine. Aussi cet aperçu rapide nous paraissait-il nécessaire. L'historique du traitement moral en chirurgie est peu long.

Quelques auteurs réservent incidemment et comme à regret quelques pages brèves sur la question qui nous occupe. On dirait qu'ils ont honte d'étaler leur pensée et qu'ils craignent de voir traiter ces lignes de *littérature* !

Cependant, quelques-uns de nos devanciers méritent d'être cités, et je suis heureux de pouvoir appuyer mon travail de l'autorité de leurs grands noms.

Nous ne nous perdrons pas dans les époques lointaines où la chirurgie est intimement liée avec la médecine ; nous n'aurions que peu de choses à ajouter à ce qui a été dit. Nous arriverons tout de suite au plus illustre ancêtre de la chirurgie moderne, qui fut en même temps un grand ma-

¹ Docteur Maurice de Fleury. Introduction à la médecine de l'esprit. Paris, Alcan. 6^e édition. 1900.

² Docteur MICHAUT. Pour devenir médecin. 1899.

nieur d'âmes, à celui dont la réputation s'était tellement imposée, que, lorsqu'il est appelé par le duc de Guise, assiégé dans Metz, les soldats reprennent courage et s'écrient : « Nous ne pouvons plus mourir, s'il arrive que nous soyons blessés, puisque Paré est parmi nous¹. » Dès le début de ses OEuvres², AMBROISE PARÉ recommande au chirurgien le sang-froid qui rassurera le malade et fournira la guérison :

« Or, telles opérations à la vérité ne se peuvent faire sans douleur.... Et faisant telles œuvres, faut-il pour cela appeler les chirurgiens cruels et inhumains et les avoir en horreur ?

Ou leur faire, ainsi que le peuple romain fit jadis à Arcabuto, l'un des premiers chirurgiens que les Romains reçurent en leur république. Iceluy, pour ce qu'il coupoit bras et jambes et faisoit autres œuvres cy-dessus mentionnées, fut en telle horreur au peuple de Rome, qu'il fut tiré de sa maison et lapidé au Champ-de-Mars. Or, quant à moi, je suis de l'avis de Celse, qui admoneste le chirurgien d'être assuré en ses œuvres et non piteux et craintif, en sorte que quand il opère de ses mains, il ne soit pour la clameur du malade, n'y moins des assistants, retardé plus qu'il n'est besoin, et qu'il ne se hâte point plus qu'il ne faut. Mais qu'il accomplisse son œuvre sans avoir esgard au dire de ceux qui par leur ignorance mesprisent le chirurgien, car on dit en commun proverbe que *le chirurgien ayant la face piteuse rend à son malade la playe vermineuse*...³ »

Plus loin, il indique divers procédés pour tromper les pusillanimes de manière à leur éviter l'appréhension.⁴

Nous lisons encore :

¹ Cité par Larrey. Cliniques chirurgicales. 1829.

² Les OEuvres de M. Ambroise Paré, conseiller et premier chirurgien du roy, avec les figures et portraicts, tant de l'anatomie que des instruments de chirurgie et de plusieurs monstres. Le tout divisé en vingt-six livres, comme il est contenu en la page suivante. A Paris, chez Gabriel Buon. 1575. Avec privilège du roy.

³ A. Paré. *Loc. cit.*, 1^{er} livre de l'Introd. à la chirurgie. Ch. III.

En Italie on dit encore : « A medico pistoso, piaga pozzolenta. »

⁴ A. Paré. *Loc. cit.*, livre 7^e, ch. X, des Tumeurs en général.

« Semblablement le chirurgien ne doit mespriser les affections de l'âme, pour ce qu'elles causent grands mouvements et mutations au corps, à cause qu'elles dilatent ou compriment le cœur, et en ce faisant les esprits se résolvent, ou astraignent et suffoquent ; ces passions sont joye, amour, espérance, vie, trestesse, crainte et autres : toutes lesquelles doivent estre corrigées par leurs contraires ¹. »

Enfin, il énonce d'une manière formelle son opinion sur l'influence qu'exerce l'espoir sur la guérison :

« L'espérance souvent profite aux malades, tellement que le médecin ou chirurgien fort désiré, appaise de son arrivée la grandeur du mal, car la force de l'âme, qui auparavant succomboit au mal, est excitée et relevée de l'espoir, et assaut la maladie avec telle confiance qu'enfin elle la surmonte ². »

Partout, dans son ouvrage, sous le style imagé de Rabelais, se cache la préoccupation du malade et le désir de lui donner courage, afin que se vérifie sa phrase si profondément vraie dans son laconisme : « Les joyeux guarissent toujours ! »

Un passage de GUILLEMEAU justifie les artifices que l'on emploie vis-à-vis des malades. Parlant des qualités de la sage-femme, il dit :

« Pour son esprit, elle doit être prudente, avisée et subtile, pour se servir quelquefois de belles paroles, et trompeuses, comme faisoient anciennement les sages-femmes, ainsi que dict Platon ; ce qui n'estoit à autre fin que pour amuser et tromper les pauvres femmes appréhensives ; qui est une bonne tromperie, permise au chirurgien, quand elle se fait pour l'utilité du malade ; car, comme dit de même Térence, souvent la tromperie sert de grand remède aux extrêmes maladies ³. »

¹ A. Paré. *Loc. cit.*, 10^e livre des Plaies en partic. Ch. XIV.

² A. Paré, *Loc. cit.*, 1^{er} livre de l'Introd. à la chirurgie, Ch. XXI.

³ Guillemeau. *Œuvres de chirurgie*, etc. Paris, 1612. Livre 2, ch. IV.

A la suite de ces conseils, on peut ajouter ceux du célèbre accoucheur MAURICEAU. Pour lui, le chirurgien accoucheur doit être « de bon et agréable aspect, propre en ses vêtements aussi bien qu'en sa personne, afin de ne pas effrayer les pauvres femmes qui ont besoin de son assistance ». Une fois l'intervention jugée nécessaire,

« il tâchera de faire concevoir à la malade l'impossibilité qu'il y a qu'elle puisse accoucher sans son aide, et il la fera résoudre à se mettre avec confiance entre ses mains, par paroles douces sans l'intimider, lui persuadant que l'opération ne se fera pas si douloureuse qu'elle se l'est imaginée, et enfin qu'elle est obligée selon Dieu de la souffrir, tant pour elle-même que pour l'amour de son enfant, qui périroit certainement avec elle, sans ce seul et dernier secours. »

Il se refuse à faire attacher la femme :

«...Outre quoy si on la veut lier et garroter il faut que ce soit avec la langue pour toute bande, c'est-à-dire la faisant résoudre par bonnes raisons à endurer son mal le plus patiemment qu'elle pourra, et à contribuer de toutes ses forces à l'opération, lui représentant la prompte délivrance qu'elle en doit recevoir. »¹

DIONIS ² consacre tout un chapitre sur les devoirs du malade, du chirurgien et des assistants.

« Je veux donc, dit-il, que le chirurgien soit affable à son malade, qu'il l'encourage et le rassure, qu'il compatisse à sa peine, qu'il lui promette de ne lui causer que le moins de douleur qu'il sera possible.

Après l'opération, qu'il recommande le repos au malade et qu'il l'oblige à se tranquilliser par l'espérance d'une prompte et parfaite guérison, et qu'enfin, en le quittant, il l'assure que l'opération qu'il vient de lui faire était l'unique moyen de rétablir sa santé.

¹ Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées.

² Dionis. Cours d'opérations de chirurgie. 4^e édit.

Conseillant le calme pour ne pas troubler le patient, il s'élève contre les opérateurs pleins d'eux-mêmes, qui veulent s'imposer. Le tableau n'a pas perdu de son actualité :

« Il y a des chirurgiens qui ne sont pas sitôt entrés dans la chambre du malade, qu'ils y répandent l'alarme par le bruit et par mille questions inutiles qu'ils font, ou qui, voulant témoigner un grand empressement, lient leurs cheveux et troussent leurs bras comme s'il s'agissait de déployer toutes leurs forces, ce qui jette l'effroi dans l'esprit du patient et des parents. »

VAN SWIETEN¹ consacre quelques passages au moral des blessés :

« Comme les fortes affections de l'âme changent prodigieusement le corps et peuvent le troubler dans toutes ses fonctions, elles sont toujours préjudiciables aux blessés. Il faudroit donc ici surtout cette sérénité paisible de l'âme, laquelle, n'ayant à se reprocher aucun mal, ne craint rien de funeste et n'espère que de bons succès. L'excès de joie serait aussi contraire que les grandes passions. Sanctorius et d'autres, qui ont écrit de la médecine statique, ont observé que la joie fait beaucoup transpirer le corps, et qu'on se sent plus léger. Mais c'est une marque que la circulation se fait très librement dans les vaisseaux, que toutes fonctions s'opèrent avec une grande facilité, en un mot que la santé est parfaite. »

Avant l'opération, il conseille de donner au malade de l'opium, selon le procédé qu'emploient les Turcs pour mépriser les dangers de la guerre. On donnera le narcotique une heure ou deux avant l'opération :

« Non pas dans l'espérance que le malade assoupi ne ressente aucune douleur (car il serait dangereux de donner une aussi grande dose), mais seulement afin de le délivrer de la crainte et de

¹ Herman Boerhave. Aphorismes de chirurgie commentés par Van Swieten. Paris chez la veuve Cavaïer et fils. Au Lis d'or, rue Saint-Jacques. 1753. Avec approbation et privilège du roi.

la transe dans lesquelles le retient le mal auquel il s'attend, ou au moins de les diminuer, car, quoique cette opération soit fâcheuse, et qu'elle ne puisse se faire sans douleurs excessives, cependant ce qu'il y a de plus insupportable est cette crainte que présente toujours à l'esprit l'image du mal prochain, qui fait que les malades comptent toutes les minutes, tous les momens des heures qui précèdent le [tems] marqué pour l'extirpation. En sorte, que Jules César a dit avec raison qu'il était moins insupportable de tomber tout d'un coup dans les embûches qu'on ne pouvait éviter, que de les redouter continuellement.»

Dans les cliniques de Larrey¹, on constate une certaine velléité de s'occuper du moral du soldat. Mais sa psychologie est plutôt réduite. Elle est même rudimentaire, et l'on lit entre les lignes que, pour traiter la nostalgie des blessés, il préfère encore aux paroles « de douceur et d'aménité » quelques ventouses solidement scarifiées ou une bonne saignée, comme celle qui fut pratiquée sur le malheureux soldat du 1^{er} régiment suisse de la garde, qui s'était cassé la jambe pour être renvoyé dans sa patrie. Cette saignée, jointe à l'amputation du membre, « rétablissant dans l'encéphale l'équilibre de toutes ses fonctions, a dissipé en même temps chez ce militaire le besoin fixe et impérieux de retourner dans sa patrie ».

C'était un autre homme, que Dupuytren; depuis le grand Ambroise Paré, nul n'a su mieux que lui exercer son ascendant sur les malades, et son esprit ingénieux semblait avoir le secret de modeler à sa guise l'état d'âme de ses opérés. Il n'hésitait pas, au besoin, à user de certains expédients qui montrent à quel point il savait utiliser l'influence du moral. Ainsi, l'on raconte qu'il ne pouvait un jour réduire une luxation de l'épaule chez une femme. Alors il la regarde fixement : « Madame, lui dit-il, vous vous adonnez à la

¹ Larrey. Cliniques chirurgicales, 1829.

boisson, je le sais, votre fils me l'a dit. » La malade pâlit d'indignation, mais la contracture cesse, et le claquement de la réduction se fait entendre. « Remettez-vous, Madame, s'empresse d'ajouter Dupuytren ; vous êtes guérie ; je sais que vous ne buvez que de l'eau : c'est encore votre fils qui me l'a dit ¹. » Dans ses Cliniques², il revient à plusieurs reprises sur l'influence du moral sur la marche de la maladie. Il comprenait fort bien la part de l'esprit dans le phénomène du « *shock* », ainsi que l'indique ce passage :

« Ce qui prouve combien cette stupeur du centre nerveux est indépendante de tout ébranlement mécanique, c'est que chez les individus qui ont reçu les mêmes blessures, dans les mêmes circonstances, elle peut exister ou n'exister pas, et qu'elle paraît beaucoup plus en rapport avec l'état moral du blessé qu'avec les circonstances de la blessure. Aussi s'observe-t-elle, toutes choses égales d'ailleurs, chez les sujets doués de peu d'énergie morale ; aux armées, cela affecte surtout les jeunes soldats ³. »

Aussi insiste-t-il sur la nécessité d'éloigner des malades toutes les causes morales qui peuvent leur occasionner une commotion nerveuse. Mais c'est surtout à propos des amputations qu'il s'étend sur la nécessité d'entretenir l'idée de guérison chez ces pauvres gens. Je cite le passage en entier, n'ayant pas le courage de le mutiler. On ne le trouvera pas trop long :

« Ce sont les soins moraux surtout que le chirurgien doit prodiguer à ces malheureux réduits à subir de ces cruelles mutilations. Qu'il cherche par tous les moyens en son pouvoir à captiver leur confiance, à ranimer leur courage abattu. Il y parviendra en compatissant

¹ Dr Perdrix. Ambroise Paré et Dupuytren, in *Chronique Médicale*, 1^{er} mars 1895.

² Dupuytren. *Leçons orales de Clinique chirurgicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, Baillière. 1832.

³ Dupuytren. *Loc. cit.* T. II, p. 365.

avec eux à leurs maux, en déplorant l'impuissance de toutes les ressources de l'art que l'on a employées pour les sauver de ce parti extrême, en leur retraçant les chances d'une guérison prompte et assurée, en échange d'une mort certaine ; en rassurant leur imagination effrayée contre les douleurs inséparables d'une opération ; en leur exposant enfin tous les moyens qui leur resteront encore pour pourvoir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Et ici quelle différence n'existe-t-il pas entre les dispositions morales des malheureux que nous avons à traiter dans nos hôpitaux, et celles des hommes qu'un feu meurtrier atteint sur le champ de bataille ! Le militaire, habitué à une entière abnégation de lui-même, habitué aux fatigues, familiarisé avec la perspective d'une mutilation, s'estime heureux de conserver la vie en ne perdant qu'un membre, et dès qu'il est rassuré sur l'avenir par la certitude d'obtenir une pension et les invalides, il se présente courageusement et quelquefois même gaiement à l'instrument tranchant de l'opérateur. Mais voyez ce malheureux ouvrier, ce cultivateur, cet artisan, dont l'industrie et le travail sont l'unique ressource d'une nombreuse famille, poursuivi par la crainte de la misère qui l'attend : une tristesse profonde, un sombre abattement, le désespoir même se peignent sur ses traits ; il ne cède qu'avec un regret concentré aux instantes supplications du chirurgien, et souvent il y résiste obstinément jusqu'à une époque où l'opération ne présente que fort peu de chances de succès. Aussi qu'on ne s'étonne pas de la différence des résultats qu'on obtient sur deux théâtres dont les conditions sont également si différentes !

Il est des malades que la seule idée de l'opération frappe de stupeur et d'effroi. Plusieurs, honteux de leur faiblesse, font de violents efforts sur eux-mêmes pour la surmonter ; mais alors ils se livrent en victimes plutôt qu'en hommes courageux et armés de résolution, et demeurent frappés de la pensée que l'opération projetée devra nécessairement leur être funeste. Peu de dispositions morales sont plus défavorables que celle-là. Tant qu'elle existe, il faut s'abstenir. Nous pourrions citer l'exemple d'un grand nombre de malades qui se sont ainsi soumis à des opérations comme à une mort certaine, et qui ont en effet péri peu de temps après. Il importe qu'ils envisagent au contraire l'opération comme le seul moyen de guérison que leur laisse la nature. L'espérance doit les

animer et les soutenir; s'ils désespèrent d'eux-mêmes, s'ils nourrissent des pensées de mort, il est rare que des encéphalites consécutives ne surviennent pas et ne soient pas la cause d'une terminaison fâcheuse¹. »

Il est difficile d'être plus explicite et plus affirmatif : « *Tant que le malade est obsédé par les idées de mort, il faut s'abstenir.* » Cela lui est tellement à cœur, qu'il y revient plus loin, lorsqu'il avertit combien il faut se défier des *faux braves* qui « déguisent leur terreur sous les apparences d'une tranquillité d'âme qu'ils sont bien loin d'avoir ». Nous aurons l'occasion d'y revenir.

VELPEAU² discute si l'on doit prévenir le malade de la date de l'opération; il donne quelques exemples intéressants d'influence du moral sur le physique. Comme Dupuytren il conseille de se méfier de ceux qui affectent un courage d'apparat : « Rien n'est plus mauvais que ces résolutions forcées, que ces fanfaronnades de calme ou de résignation. »

On trouvera également un certain nombre d'indications dans VIDAL DE CASSIS, qui, dès le début de son ouvrage³, indique que le chirurgien doit inspirer une confiance méritée :

« Si le chirurgien joint à un beau caractère une instruction solide et un esprit élevé, s'il a su faire de sa profession un culte et de son malade un ami, celui-ci puise dans ces belles qualités une confiance qui double le courage qu'il avait, ou lui donne celui qu'il n'avait pas. C'est là la première des *préparations morales*. Heureusement ces qualités ne sont pas rares chez les chirurgiens, et il est des hommes qui savent les comprendre et les apprécier. »

Il parle de la circonspection avec laquelle on doit annoncer aux craintifs la nécessité d'une opération.

¹ Dupuytren. *Ibid.*, p. 290.

² Velpeau. Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital de la Charité recueillies par le Dr Pavillon 1840.

³ Vidal de Cassis. Traité de pathologie externe, 5e édit. Baillière, 1861, p. 34.

Il nous signale ensuite l'influence de la *terminologie* sur l'imagination du malade et les conséquences que nous devons en tirer.

Il parle des faux braves, de la question de la date de l'opération, enfin il termine ainsi son article VI du premier chapitre, intitulé : « Préparations morales : »

« Il n'est pas nécessaire d'employer ces précautions¹ chez tous les malades. Il en est au contraire qui demandent à être préparés à l'opération ; les moyens usités, en pareil cas, ne font qu'augmenter les espérances qu'ils ont conçues du succès. Quelques-uns aiment qu'on les entretienne des détails de l'opération. Comme on le pense bien, le chirurgien devra, dans ces conversations, adoucir les termes, et omettre ce qu'il y a de terrible dans l'événement qui va se passer, car le courage n'est pas toujours en rapport avec les paroles du malade. »

A une époque déjà voisine de la nôtre, Guyon, dans ses éléments de chirurgie², dit que le meilleur moyen de faire accepter une opération au malade, c'est de l'amener à s'abandonner au chirurgien.

« Le soin même que l'on a mis à examiner, à se bien rendre compte de la situation, à faire des tentatives de traitement interne, s'il y a lieu, sont les moyens les plus sûrs de l'obtenir. »

Un autre chirurgien parisien, GOSSELIN, dit dans ses cliniques³ : « J'ai beaucoup dirigé mon attention, et j'appellerai souvent la vôtre, sur les effets fâcheux de la douleur physique et de la douleur morale chez les blessés et les opérés, et sur la nécessité de les éviter l'une et l'autre dans

¹ Il s'agit de la thérapeutique pré-opératoire.

² Félix Guyon. *Éléments de chirurgie clinique*. Paris, Baillière. 1873.

³ Gosselin. *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*. Paris, Baillière. 1879. (3^e édit.).

la mesure du possible. » Il tient parole et à propos des indications et contre-indications des amputations, il fait entrer le moral pour une large part en ligne de compte :

«..... L'amputation traumatique primitive donnera un peu plus de mortalité que la conservation.

Remarquez, en effet, que cette mutilation ajoute une cause d'infection purulente à celles qui existent déjà par le fait de la lésion traumatique. Je veux parler de la grande perturbation morale. L'homme qui, en pleine santé, est obligé de se soumettre inopinément à la perte d'un membre, sans y avoir été amené progressivement par de longues souffrances et par une existence misérable dans un lit d'hôpital, comme cela a lieu chez ceux que nous amputons pour des tumeurs blanches supposées, sans avoir été amenés, dis-je, à considérer cette mutilation comme une ressource salutaire, est violemment impressionné. Or, soyez sûr que cette grande secousse morale est une cause puissante des accidents consécutifs aux amputations. Notre malade, en voyant que nous avons le ferme espoir et le désir de lui conserver son membre qu'il sait gravement blessé, est sous ce rapport dans de meilleures conditions, et c'est pour cela que je le crois un peu moins exposé à la mort que si j'e l'amputais. »

Nous clôturerons ici cet abrégé d'historique de la psychothérapie en chirurgie. Nous n'avons pas cherché à être complet et à citer tous les auteurs qui se sont occupés du moral du malade. Ce serait attarder longtemps la marche de notre travail, et sans grands bénéfices. Mon intention était de produire simplement les documents nécessaires pour établir l'état actuel de la question. Sans doute on a pu remarquer que quelques chirurgiens sont très affirmatifs sur la nécessité d'un traitement moral, ils donnent même quelques détails assez précis sur la manière de procéder. Nous sommes heureux d'être ainsi encouragés dans notre tâche par la voix de Maîtres aussi illustres, qui nous couvrent de leur autorité.

Mais d'autre part, si l'on songe que ces quelques pages ont été extraites de tant de volumes où elles s'insinuent, éparses ; si l'on songe que tant d'autres auteurs peuvent être feuilletés en vain, on peut dire que le traitement moral des malades occupe une place bien réduite dans la littérature chirurgicale. Et, remarquons-le, combien cette thérapeutique spirituelle est-elle incomplète et rudimentaire ! Même ceux qui en ont le plus parlé se sont tenus dans l'abstraction ou les idées générales, ou bien n'ont étudié que certaines faces de la question. Les uns n'ont vu que l'extérieur de l'édifice, les autres n'en ont connu que certains détails intérieurs. Plus curieux, nous essayerons de visiter aussi complètement que possible les diverses pièces, et si quelque porte nous passe inaperçue, notre conception du plan général sera, je l'espère, suffisante pour nous permettre de reconstituer en esprit ce que peut être la partie inexplorée.

CHAPITRE II

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

Sommaire. — Insuffisance de la psychothérapie actuellement employée en chirurgie. — Les chirurgiens dans la réalité et dans la littérature.

A. *Causes* qui font négliger la psychothérapie : 1° Méthode actuelle d'enseignement ; 2° Progrès de la technique chirurgicale.

B. *Motifs* qui doivent la faire employer : 1° C'est grandir le rôle de la chirurgie ; 2° C'est augmenter le nombre des succès. — Influence de l'état d'âme sur l'aggravation ou l'amélioration de la maladie ; 3° C'est une question d'humanité.

De même que l'on aime, « à ces heures de calme où l'âme s'asseoit » dont parle le poète ¹, prendre le livre de sa vie pour en tourner en arrière les feuillets déjà lus, de même il nous a plu de repasser quelques pages du livre, vécu aussi, de la chirurgie. Nous avons vu combien clairsemés et pâles sont les passages où le moral du malade est étudié. Mais si nous voulons lire le feuillet présent, c'est bien autre chose. A peine y trouverons-nous la place d'une parenthèse dont on ne lui fait pas toujours, dans les Traités modernes, la charité.

On peut objecter que si la psychothérapie est négligée en théorie, elle ne l'est pas de fait ; que c'est une affaire d'intelligence et de bon sens, et que par conséquent, elle n'a pas besoin d'être décrite. — Oui, tout chirurgien traite le moral du malade ; il lui est impossible de ne pas le faire, même

¹ Lamartine. *Confidences*.

inconsciemment; il en est qui savent trouver le mot exact, qui console, peser l'expression qui rassure. Beaucoup peuvent être fiers d'avoir, d'un coup de barre habile, remis en bonne direction ces pauvres âmes désemparées de malades, qui, battues par les souffrances physiques et morales, presque submergées par les idées de mort ou d'opérations, s'en allaient à la dérive vers d'affreux naufrages. Et que de fois n'avons-nous pas vu la visite du chirurgien ranimer des courages sur le point de défaillir! Mais ce traitement moral peut, à notre avis, être mené plus loin qu'on ne le fait généralement; il ne devrait pas être l'exception, et il serait à désirer qu'on le fît toujours et partout, par principe, à l'hôpital aussi bien que dans la clientèle privée. Dans bien des cas on l'oublie, on le néglige et l'on entend parfois dire, comme un personnage de Pert : « Ah! les médecins croient avoir tout découvert parce que, avec le chloroforme, ils peuvent vous disséquer sans que l'on bouge!... Mais les jours d'avant, les jours d'après, les suppriment-ils?... et ce sont ceux-là les plus cruels, ceux qui vous brisent..., ceux qui usent les nerfs..., détraquent les cerveaux! »

Nous répondrons que si l'on ne peut à sa guise supprimer ces jours d'avant ou d'après, on peut, dans une très large mesure, les adoucir. Mais il faut pour cela y penser, et il ne suffit pas de songer que le malade souffre moralement du fait de son opération, il faut être intimement persuadé *qu'on peut soulager* ces souffrances morales, ou plutôt *qu'on les soulagera* si l'on veut bien s'en donner la peine. Tandis que souvent l'action thérapeutique des médicaments nous glisse entre les doigts et nous échappe, toujours nous pouvons agir sur l'âme de nos semblables, si nous avons la foi dans la puissance de la persuasion. Dubois², bien que res-

¹ Pert (Camille). Les Florifères, 1899.

² Dubois. Les Psychonévroses et leur traitement moral. Paris, Masson, 1904.

tant dans le domaine de la médecine, nous accompagne jusqu'à celui de la chirurgie qu'il nous indique, non sans laisser à entendre qu'il y a de ce côté-là beaucoup de lacunes :

« Je crois, dit-il, que je n'ai pas besoin d'exciter l'ardeur des chirurgiens ; ils vont de l'avant tout seuls. Mais puisque j'ai parlé d'eux, je voudrais leur recommander quelques réflexions sur l'usage qu'on peut faire d'une modeste psychothérapie, même dans ce domaine de la thérapeutique manuelle. Les plus grandes souffrances sont les souffrances morales, et le chirurgien peut faire beaucoup de bien par sa parole encourageante et bienveillante ; *il l'oublie parfois dans l'ivresse que lui donne le sentiment de sa dextérité manuelle, de son imperturbable sang-froid.* »

Il est encore trop grand, le nombre de ceux qui, appartenant au public ou au corps médical, s'imaginent que le médecin doit être insensible et brutal, spectateur impassible des misères de son prochain, n'éprouvant que la volupté du sang. Ils pensent, comme Tardieu ¹, pour qui *la base de la médecine est technique et non philosophique et morale*. La chirurgie, pour lui, est une affaire de pure mécanique, et toute la thérapeutique morale que l'on peut faire n'est qu'une « psychologie empirique et primaire. »

La chirurgie est trop modeste, si elle ne s'attribue que l'acte opératoire. Parmi ceux qui s'y adonnent, il en est qui affectent de renier la médecine ; ils mettent une certaine coquetterie à ne pas savoir ausculter ; à plus forte raison la psychologie leur est-elle étrangère, et il leur arrive de laisser tomber de tout leur poids sur l'esprit des malades, au risque de le briser, de dures et bien lourdes

¹ Tardieu. La psychologie du médecin, Revue philosophique, décembre 1894. Cabanès, dans la chronique médicale du 15 janvier 1895, met en doute, avec juste raison, les idées de Tardieu.

vérités. Leurs doigts, de fer pour tenir le couteau, ne savent trouver la souplesse pour manipuler la fragilité des âmes.

Qu'on me permette un bien rapide coup d'œil sur le chirurgien, dans la littérature contemporaine. Le roman¹ est, en effet, dans une certaine mesure, l'expression de l'opinion publique, qui a bien quelque fondement. Or, à part le « Journal d'une opérée » qui semble n'être qu'un remerciement à un gynécologiste mal dissimulé sous la gaze du pseudonymat, presque tous ces livres dépeignent le chirurgien comme dur et hautain, sans parler des autres défauts. Ils ont une seule qualité, le sang-froid. Dans les Morticoles, le bon Dabaisse occupe bien peu de place à côté du cruel et sec Tabard. Les Gaude et les Sarraïlle de Zola, le Trajan de Pert, sont, au fond, du même acabit. Il est vrai que celui dont le caractère a été tracé avec le plus de soin et de vraisemblance, le Caresco de Couvreur n'est pas qu'un boucher de génie. C'est dans une certaine mesure un psychologue. Mais il n'utilise guère que la fascination qu'il exerce, c'est-à-dire la suggestion.

Je sais bien que ces livres ont été écrits dans un esprit peu bienveillant. Leurs chirurgiens ont presque tous une rapacité et une absence de scrupule qu'il serait déplorable de trouver dans la réalité ; mais, en ce qui concerne leur négligence de l'esprit du malade, n'y a-t-il pas, hélas, un peu de vrai ? Encore, en France, use-t-on en général de ménagements qu'on est loin d'avoir dans certaines régions d'Allemagne ou des Etats-Unis, où les hospitalisés sont considérés comme des *sujets* ; on les endort et les opère sans qu'ils sachent seulement ce qu'on va leur faire. Mais ceux-là

¹ Marbeau, *Lettres d'une opérée*, Paris, Lemerre, 1904. — Daudet (Léon), *Les Morticoles*, Paris, Charpentier, 1894. — Zola, *Fécondité*, Paris, Charpentier, — Pert (Camille), *Les Florifères*, Paris, 1899. — Couvreur (André), *Le Mal nécessaire*, Paris, Plon-Nourrit et Cie, 1899.

mêmes qui s'occupent du moral du malade ne le font pas toujours d'une façon suffisante ni rationnelle.

Il y a encore entre la philosophie et la chirurgie de trop nombreuses barrières qui interceptent la communication. Mais pour passer d'un enclos dans un autre, il n'est pas nécessaire de sauter les murs ni de les démolir; il suffit d'avoir la clef de la porte. Or, cette pauvre clef semble souvent s'égarer.

Il n'y a là rien de bien surprenant; et nous y trouvons plusieurs causes : C'est d'abord le genre d'enseignement actuel et l'*orientation moderne de l'esprit scientifique*. La méthode expérimentale est devenue prépondérante en médecine; on veut des faits qui sautent aux yeux, qu'enregistrent les appareils. Or, l'on n'est pas encore parvenu, malgré la psycho-physique de Fechner, à peser exactement les émotions d'un opéré, ni à doser dans un tube gradué ses différentes craintes. On reconnaît bien, il est vrai, que le moral exerce une grande influence sur le physique; mais comme cette influence se sent plutôt qu'elle ne se mesure, il semble que la science s'en désintéresse un peu trop pour l'abandonner à la littérature. C'est ce dont se plaint très amèrement Véressaïeff dans son ouvrage ¹, dont voici quelques lignes :

« La personne du malade, son état d'âme, étaient pour moi choses inconnues; nous ne visitons les hôpitaux que comme des amateurs, nous ne restions que dix à quinze minutes auprès des patients; c'est à peine si nous étudions des *maladies*. *Quant au malade, nous n'en savions rien*. Et pourtant la psychologie de l'être qui souffre est infiniment délicate! ».

¹ Véressaïeff. Mémoires d'un médecin, traduits par Persky, librairie académique Perrin et Cie.

La seconde cause qui fait négliger le moral du malade, c'est *le progrès merveilleux qu'a accompli la chirurgie* dans ces derniers temps : L'anesthésie générale permet de pratiquer de longues et périlleuses opérations, sans qu'un cri, sans que le moindre tressaillement, ne viennent troubler la sérénité du visage de celui qui mérite à peine le nom de patient. Les nombreux procédés d'hémostase permettent de réduire la perte de sang, de ce beau « vin de vie qui court si vite dans nos veines, messenger de chaleur et de force ». L'antisepsie met à l'abri de funestes complications infectieuses qui pouvaient naguère suivre l'intervention la plus insignifiante ; enfin les perfectionnements de la technique opératoire qui ont montré le succès couronnant les plus hasardeuses et téméraires tentatives et qui font qu'en chirurgie courante, les résultats heureux sont, en somme, la règle, tout cela donne au chirurgien une telle confiance qu'il est, plus que nos ancêtres, tenté de négliger le côté moral.

Pourtant, si l'on y réfléchit, on voit que de nombreux motifs commandent aux chirurgiens de s'occuper de cette médecine de l'âme plus et mieux qu'on ne le fait en général. C'est d'abord grandir *le rôle de la chirurgie*, de cette belle et sainte chirurgie que tous, même les plus hostiles, admirent, et que la calomnie pas plus que l'ironie ne pourront faire baisser dans l'estime de l'humanité. Si l'on ne s'occupe que de l'acte opératoire, on ne fera jamais de la chirurgie qu'un *métier*, le plus beau et le plus noble de tous, puisqu'il vise à réparer le mécanisme humain, mais le chirurgien ne sera dès lors qu'un ouvrier plus ou moins habile. Il peut être un opérateur de génie ; ce ne sera qu'un chirurgien insuffisant et incomplet. Supprimez l'influence psychique, et la chirurgie se rapproche beaucoup de la médecine opératoire. Combien n'est-il pas plus noble d'utiliser l'ascendant moral que donnent à l'opérateur son seul titre et ses succès, pour

influer sur l'esprit du malade, pour l'encourager et le diriger comme il convient ! La chirurgie devient ainsi un *Art* véritable : elle demande de la part de ceux qui la pratiquent, non plus seulement la précision du mathématicien, et l'habileté manuelle de l'ouvrier, mais encore l'esprit subtil qui sait s'insinuer parmi les concepts du malade, de manière à les pétrir jusqu'à ce qu'ils acquièrent la forme désirée.

De la pratique ou de la négligence de ces questions, découlent souvent la confiance ou le discrédit, et comme le dit Dubois, « il y a des chirurgiens par qui on se ferait couper la tête ; il en est d'autres à qui on ne confierait pas ses ongles ¹ ».

Aussi, pour nous, le chirurgien idéal ne sera pas celui qui se contente d'opérer brillamment. Il lui faut encore des qualités morales si difficiles à acquérir que l'on pourrait dire, paraphrasant un adage connu : « On devient opérateur, mais on naît chirurgien » Un certain nombre de ces qualités ont été retracées de main de maître par J.-L. Faure dans un article admirable d'envolée dont je regrette de ne pouvoir citer que ce passage :

« Je ne pense pas, dit-il, qu'il y ait au monde une situation dans laquelle il soit plus nécessaire d'être doux et compatissant avec ceux qui souffrent, affable et persuasif avec ceux qu'épouvantent les opérations, patient avec les malades qui ne le sont pas. D'ailleurs, la douceur n'exclut pas l'énergie, la persuasion peut marcher de pair avec l'autorité, une inébranlable fermeté peut s'allier à la plus inlassable patience, et il est des chirurgiens à l'aspect bourru et rébarbatif qui savent parler aux enfants avec une douceur infinie et qui ont le don d'accompagner les soins

¹ Dubois. Les Psychonévroses.

qu'ils donnent de paroles réconfortantes et consolatrices qui sont si douces aux pauvres souffrants¹. »

Le second motif qui doit encourager à la psychothérapie, c'est qu'en agissant ainsi, *le chirurgien augmente considérablement ses chances de succès*. Cela découle naturellement de nos connaissances sur l'influence réciproque du physique et du moral qui se fondent d'une façon tellement complète qu'ils ne forment plus qu'un tout : « Cette compénétration est très intime; ce n'est pas seulement un enchevêtrement de lianes dans une forêt vierge; je dirais plutôt que notre vie intellectuelle et la vie inférieure sont comme ces deux sœurs xiphopages que la nature avaient unies par un lien de chair. L'une n'est pas l'autre, elles ont chacune leurs pensées; cependant si, au cours d'une querelle, l'une frappe l'autre, elle reçoit les coups qu'elle donne. Mais encore cette comparaison est malheureuse : Radica et Doodica sont deux personnes tellement distinctes de fait, qu'un habile chirurgien a défait le nœud qui les unissait. Mon animalité, ma rationalité, c'est moi-même, et personne, pas même Dieu, de puissance absolue, ne pourrait séparer ce qui est lié dans l'unité de la nature². »

Nous n'avons pas à entrer plus loin dans le principe de cette union de l'âme et du corps; il nous suffit pratiquement de savoir qu'elle est très étroite, que les secousses de l'une ne sont pas sans de grands dommages sur l'autre et qu'inversement soutenir le moral, c'est mettre le corps en excellent état de défense.

Beaucoup de personnes croient au pressentiment de la

¹ J.-L. Faure, *l'Âme du Chirurgien*. — La Revue, (ancienne Revue des Revues), 15 avril 1903.

² P. V. Poucel *La raison et les activités inférieures*, essai de psychologie tempérée. — Etude des Pères de la Compagnie de Jésus, 5 nov. 1902 et suiv. Paris, Victor Retaux, édit.

mort, et en citent des exemples très remarquables. Pour nous, il ne s'agit pas là d'une intuition mystérieuse: on ne meurt pas à telle époque parce qu'on le doit réellement, mais on meurt à l'époque fixée parce que l'on croit devoir mourir¹. Cela doit rendre très circonspect pour opérer les malades obsédés par des idées funestes. Dupuytren, que nous aimons à citer, attribue une grosse part du résultat final de l'opération à l'état d'esprit de l'opéré:

« Il n'y a pas de doute que l'imagination exerce une grande influence sur le succès des opérations, et qu'il faut attribuer une grande partie de leurs dangers à la *prévoyance* de l'homme, à cette faculté qu'il possède de plonger dans l'avenir, de calculer les chances que celui-ci présente, de s'agiter et de se troubler à l'aspect des maux qu'il se retrace.

Aussi les opérations réussissent-elles généralement mieux chez les enfants qui, n'étant pas pourvus de cette faculté trop souvent funeste, les supportent sans agitation morale, comme sans inquiétude, pour leurs résultats². »

L'influence du moral explique en partie la différence de mortalité qu'il y a parmi les blessés suivant que les armées sont vaincues ou victorieuses. D'après Spitzka, de New-York, le rapport serait de 4 à 3 et même de 3 à 2. Il est vrai que dans les armées vaincues, les soldats sont le plus souvent plus fatigués et moins bien nourris, ce qui enlève à l'argument une partie de sa valeur, sans le détruire toutefois.

Gosselin attribue une très grande part à l'état d'esprit, sur la marche de la cicatrisation des plaies. Pour lui, toutes les circonstances qui abaissent la tension morale sont des causes *non plus prédisposantes, mais tout à fait occasionnelles de l'intoxication*.

¹ « On meurt de la peur de mourir », Dr Rivière.

² Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, Baillière, 1832.

« En effet, dit-il, pour que les plaies aient de la vitalité et se cicatrisent rapidement, il faut que le blessé dorme et mange bien, ce qu'il ne fait pas s'il a l'esprit préoccupé et attristé. »

Et Velpeau donne quelques exemples assez saisissants des résultats que peut obtenir le chirurgien :

« On se fait à peine une idée de l'influence des secousses morales sur la marche des maladies. La frayeur du Pape Innocent fut si grande, dit saint Augustin, quand on lui annonça qu'il avait besoin d'être opéré une seconde fois de la fistule à l'anus, qu'on ne trouva plus le lendemain qu'une cicatrice ferme et solide à la place des sinus et des clapiers qui existaient la veille ! Une hémorragie, qui ne cédait à rien, s'arrêta brusquement quand Collot dit au malade qu'il était en danger, et qu'il fallait mettre ordre à ses affaires !

J.-L. Petit est, au contraire, parvenu plusieurs fois à suspendre des hémorragies en dissipant la frayeur dont les opérés étaient accablés. Arrivant en toute hâte près d'un homme qu'il avait opéré le matin, et qui avait eu déjà plusieurs syncopes par suite d'une hémorragie, J.-L. Petit mit un terme aux dangers que courait le malade en lui disant d'un air calme et de satisfaction que cette hémorragie était un bien, que sans cela il eût fallu employer sur-le-champ une saignée. »

Les émotions agréables, à condition de n'être pas trop violentes, exercent une influence heureuse sur la guérison. En cherchant, il n'est presque personne qui ne puisse en citer des exemples. Chacun sait combien le plaisir, non seulement soulage les douleurs, mais encore produit une amélioration réelle et durable. J'en sais un cas authentique, qui mérite de prendre place ici. Bien que le cas ne soit pas à proprement parler chirurgical, on y verra quelle part peut occuper l'esprit, dans le processus de la cicatrisation.

Une dame de ma connaissance, actuellement âgée de 60 ans, fut atteinte, il y a un certain nombre d'années déjà, d'une

ulcération de la cornée à la suite d'une kérato-conjonctivite. Le spécialiste qui la soignait disait que, seule, la membrane de Descemet empêchait l'iris de faire hernie. Le cas était tellement grave, qu'il craignait une rupture d'un moment à l'autre. Une quinzaine de jours de traitements par divers collyres et pansements n'avaient donné aucun résultat. Douée d'une patience aussi restreinte que sa prudence, la malade part pour Nice. C'était alors l'époque du carnaval. Elle jette son bandeau et ses collyres, assiste à toutes les fêtes de jour et de nuit. Lorsque, rentrée chez elle cinq jours plus tard, elle envoya chercher l'oculiste : « Eh bien ! demanda celui-ci, l'œil est crevé ? » Son étonnement fut immense quand il vit sa malade venir à lui sans pansement ni visière, sa plaie cornéenne complètement cicatrisée.

On pourrait citer de la sorte bien des cas, mais nous nous tiendrons, pour le moment, à ces généralités ; nous aurons l'occasion prochaine d'entrer dans plus de détails.

Enfin, il est une troisième cause qui nous engage à nous préoccuper de la psychothérapie en chirurgie. C'est une *question d'humanité*. Le blessé ne se contente pas d'un pansement aseptique ; il lui faut la parole de paix du bon Samaritain, et souvent le baume versé sur son cœur lui sera plus sensible que tous les onguents dont on couvrirait sa blessure. Bien souvent le regard reconnaissant d'un malade récompense avec largesse de la parole d'encouragement dont on lui aura fait l'aumône. Mais de plus on retirera pour soi-même des fruits inattendus. A force de convaincre les autres, on raffermirait en soi-même sa philosophie de la vie qui fait que l'on conserve la paix de l'âme au milieu des circonstances les plus contraires.

Or, s'il est une âme qui a besoin d'être fortement trempée pour résister sans découragement aux violentes émotions, c'est bien celle du chirurgien. Lorsque, après avoir pris tou-

tes les précautions possibles, il se voit poursuivi par une sorte de fatalité aveugle qui semble déjouer tous ses plans, c'est alors que, s'il a l'habitude de raisonner ses malades, il pourra se raisonner lui-même et garder la sérénité paisible de sa conscience, ce qui sera déjà pour lui une récompense bien belle.

CHAPITRE III

L'ÂME DE L'OPÉRÉ. — PRINCIPES DE L'ACTION QU'ON PEUT EXERCER SUR ELLE

Sommaire. — A. *Psychologie de l'opéré.* — Grandes variations influencées par trois facteurs principaux : 1° LE SUJET. Influence de l'âge (enfants, adultes), de l'éducation, de la souffrance, du tempérament (apathiques, émotifs). — 2° LE MILIEU, l'entourage, le lieu (habitation personnelle, hôpital, clinique, champ de bataille). — 3° L'OPÉRATION.

B. — *Éléments de psychothérapie.* — Méthode de ce travail. — Exposé. — Suggestion. — Persuasion. — Appréciation : Supériorité théorique de la persuasion. — Impossibilité d'employer exclusivement une seule méthode.

Nous avons vu, dans les pages précédentes, qu'il est indispensable au chirurgien de faire une médecine de l'esprit. Nous les résumerons en disant, avec Apollonius de Tyane, « qu'il faut constamment traiter l'âme en même temps que le corps, sans quoi on manque inévitablement son but ¹. » Cette parole est vraie encore davantage aujourd'hui, où le mécanisme des cerveaux paraît avoir payé en fragilité tout ce que des siècles de civilisation lui ont fait gagner en délicatesse.

Avant de détailler par le menu la conduite à tenir dans les différents cas, il est indispensable de consacrer quelques lignes à l'âme du malade, en chirurgie, et à l'action que nous avons sur elle.

¹ Philostr. vit., Apoll. lib. IV. c. 44, cité par Sprengel, V. Camus et Pagniez.

Je prends le mot d'opéré dans son sens le plus large, c'est-à-dire le malade depuis le moment où l'idée d'opération se présente à son esprit, jusqu'à ce que, tout étant terminé, il ne soit plus soumis à l'influence de l'opérateur. Il semble à peine utile de faire remarquer que le titre ne répond pas pleinement à la réalité, et que c'est pour se conformer à l'usage¹ que l'on dit : l'âme de l'opéré, comme s'il n'y en avait qu'une modalité, et Tardieu a eu tort de vouloir décrire : *La psychologie du malade*². Autant d'individualités, autant de psychismes, variables eux-mêmes à chaque moment donné. Voyons donc quels sont les principaux facteurs de ces différences.

Parmi les nombreuses causes qui modifient les états d'âme du malade, les plus importantes peuvent être ramenées à trois catégories principales : 1° Le sujet lui-même ; 2° le milieu ; 3° la nature de l'opération.

En premier lieu, *le sujet lui-même*. De très nombreuses circonstances devront être considérées : d'abord son âge. On ne peut traiter un enfant comme une grande personne. Le premier possède des facultés qui se rapprochent beaucoup de celles de l'animal, ce qui nous entraîne à quelques considérations le plus brèves possible, sur les animaux que l'on opère. La douleur, chez eux, n'est pas la perception unique de l'excitation dite douloureuse ; ils ne réagissent pas sous cette excitation comme un galvanomètre sous le courant électrique, et Descartes fut mal inspiré d'en faire de pures machines. J'eus l'occasion d'observer un chien auquel il fallut enlever un kyste sébacé. L'opération terminée, l'on aurait cru qu'il ne se souvenait de rien, mais quelques jours plus tard, ses fils ayant lâché,

¹ On a écrit en effet : L'âme du chirurgien, l'âme de l'enfant, l'âme du criminel, etc.

² Tardieu, *La Psychologie du malade*, revue philosophique, juin 1898.

on me le ramena. Dès qu'il vit l'hôpital, il commença à manifester des signes d'inquiétude, et se mit à implorer son maître du regard, à lui donner des gages inusités de tendresse, et l'on devinait une véritable anxiété à son attitude. Je lui remis plusieurs points de suture. Et lorsque, peu de jours après, je le revis, je m'approchai pour vérifier si tout allait bien. Cette fois, à ma vue, il fut pris d'un tremblement tellement intense que ses pattes le supportaient à peine et que pour peu il aurait défailli. — Cette crainte qu'ont les animaux peut aller jusqu'à des désordres graves, et tous les éleveurs de canaris savent fort bien que les gros serins parisiens peuvent mourir de syncope si on les attrape brusquement avec la main. Cependant le psychisme des animaux est très restreint, il se réduit en somme à la mémoire, aux associations d'idées, à l'instinct.

Sur ce fond d'animalité, on voit poindre chez *l'enfant* l'aurore de la rationalité. Dans sa petite tête se forgent déjà bien des conceptions. Si l'on songe à la quantité prodigieuse de choses tout à fait inconnues de lui, dont il doit en quelques années faire l'acquisition, on se fera une idée de l'activité de ses centres psychiques. Au lieu d'agir et de parler devant les enfants, comme s'ils n'étaient pas là, rappelons-nous nos jeunes années et persuadons-nous bien que nous n'étions pas des exceptions. Nous nous souviendrons bien, alors, que l'enfant, même lorsqu'il affecte l'air le plus distrait, recueille tout ce qui se dit et n'en laisse rien perdre; qu'il l'arrange ensuite en lui-même à sa façon, son imagination ne le laissant jamais à court d'interprétations, fussent-elles de la plus superbe extravagance. On concevra alors qu'avec cette vision intense des choses qu'il possède, vision que son manque d'expérience de la vie et l'éclosion incomplète de sa raison ne peuvent tempérer, le simple mot d'opération, par exemple, puisse évoquer en lui les images les plus désastreuses.

Enfin, *chez l'adulte*, la lumière de la raison a pris la plénitude de son intensité, voilée souvent par le brouillard des préjugés, des habitudes, des idées acceptées sans contrôle suffisant. Mais chez eux encore, que de variétés d'états d'esprit, suivant les individus, suivant la race, le sexe, le degré d'intelligence, le genre d'éducation ! Chez un certain nombre, le traitement moral est très ardu ; ce sont ceux qui, par suite de causes difficiles à déterminer, se complaisent en quelque sorte dans leur insuffisance mentale. Amorphes, ils acceptent leurs souffrances morales comme nécessaires, en les maudissant et de fort mauvaise grâce, mais sans rien mettre d'eux-mêmes pour les éloigner.

En revanche, il est deux classes de malades que l'homme de l'art a plus de facilité à convaincre. Ce sont les philosophes et les gens profondément religieux. Les philosophes ne sont pas toujours ceux qui s'intitulent tels, et souvent des personnes sans grande instruction savent mieux attacher leur esprit à un raisonnement et se l'adapter, que certains rhéteurs fort habiles à manier le paradoxe. J'ai dit aussi les gens profondément religieux, parce qu'il ne faut pas confondre la religion avec la religiosité. Cette dernière conduit le malade au scrupule et aux affres de la conscience ; la première apporte l'espérance et c'est elle qui fait dire : « Si je n'appelle pas les douleurs et la mort, du moins, je ne les crains plus. ayant appris, dans l'Évangile, l'art de souffrir et de mourir¹. »

¹ François Coppée. *La Bonne Souffrance*. Paris, Lemerre.

On peut consulter à ce sujet : William James. *The varieties of the religious experience*. Bien qu'incroyant, W. James pense qu'on peut et doit utiliser le sentiment religieux comme moyen thérapeutique. Starbuck, *Psychologie of the religion*. H. Fletcher, *Menticulture, or the a. b. c., of true living*.

Chomel dit, dans ses *Éléments de pathologie générale* : « Je n'ai jamais vu apprendre avec calme que le terme de leur vie était proche, que ceux dont l'âme était soutenue par une confiance entière dans les dogmes religieux. »

Il y a également une grande différence d'état d'esprit entre le malade qui souffre et celui qui ne souffre pas. Le premier, que Tardieu a décrit comme un être désagréable et grincheux, est, en général, beaucoup plus que l'autre, accueillant pour le chirurgien, qu'il considère comme son sauveur. Non seulement, il accepte l'opération qui peut le guérir, mais il vient l'implorer. Il faut beaucoup plus de ménagements pour proposer une opération à celui qui ne souffre pas; la douleur est, somme toute, un mal bien nécessaire; c'est à elle que bien des malades doivent leur salut, car elle leur a fait accepter le bistouri sévère, mais qui fait vivre. Et si l'auteur d'une diatribe connue contre les médecins était atteint d'une affection qui menace sa vie et tellement douloureuse qu'elle ne lui laissât de trêve ni jour ni nuit, je ne sais s'il répondrait encore au chirurgien qui lui proposerait de le soulager : « La chirurgie a ses prétextes comme la guerre, elle n'a pas davantage ses excuses. Prolonger une existence infirme est atroce; que le sang reste là où il est. »

Mais la douleur elle-même ne modifie pas également tous les sujets. Ils réagissent différemment, suivant ce qu'on pourrait appeler cliniquement le *tempérament psychologique*. A ce point de vue, on pourrait considérer deux types extrêmes, reliés d'ailleurs par tous les intermédiaires.

Les uns sont *apathiques*. Ils ne réagissent pas à l'excitation. L'idée d'opération n'éveille en eux ni crainte, ni désir. Ils acceptent leur mal à tel point que, pour les décider à une intervention, on est obligé parfois de les *effrayer*, de les brusquer même, de leur représenter fermement et avec force les dangers auxquels il s'exposeraient en restant dans l'expectative. Enfin, il ne faut pas craindre de leur faire comprendre nettement, et peut-être un peu crûment, que leur *devoir* à l'égard de leurs parents ou de leurs enfants est de chercher à conserver leur santé et leur vie.

Les autres sont des *émotifs*. Leurs réactions paraissent disproportionnées aux excitations. L'idée seule de la possibilité d'une intervention produit chez eux des battements de cœur et des troubles vaso-moteurs. Il faudra, chez eux, user d'infiniment plus de délicatesse. C'est eux surtout que nous aurons en vue beaucoup plus que les apathiques, plus rares et moins difficiles à manier. Une variété intéressante comprend ceux qui cachent leur émotivité sous une froideur simulée. Ce sont eux que l'on appelait les *faux braves*, et sur lesquels on a plusieurs fois attiré l'attention Velpeau, Dupuytren, Vidal, enseignent combien l'on doit se défier du calme simulé, et ils relatent l'exemple de malades à qui ce courage a été funeste. « Rien n'est d'un plus mauvais augure, dit Velpeau, que ces résolutions forcées, que ces fanfaronnades de calme ou de résignation. Il semble que la vie s'épuise en se repliant sur elle-même, au point de rester ensuite incapable de résister à l'attaque qui vient de lui être portée. »

Deuxièmement, *le milieu* influe sur l'âme de l'opéré. C'est la famille, ce sont le voisinage, les visiteurs ; c'est l'opérateur lui-même, sur lequel nous aurons à revenir en temps voulu. Le lieu de l'opération exerce une action considérable. Quand le malade doit être opéré chez lui, il a moins la frayeur de l'inconnu, il se trouve entouré de choses familières. En revanche, les parents qui se lamentent ou qui ont le désespoir peint sur leur traits exercent une influence inverse.

Je vis, par exemple, le père d'un enfant auquel on devait faire une opération insignifiante, l'exhorter avec des sanglots dans la voix à être courageux : « Va, ce n'est rien », lui disait-il en pleurant. Cela épouvanta du coup l'enfant qui jusqu'alors n'avait manifesté aucune crainte, et lui aussi se mit à pleurer à chaudes larmes. L'hôpital a ses avanta-

ges et ses inconvénients ; la première impression de celui qui y entre n'est généralement pas favorable, et ce mot seul d'hôpital exerce sur beaucoup d'esprits une action telle que bien des malheureux préfèrent dépenser leurs dernières économies plutôt que de s'y laisser conduire. Les de Goncourt racontent dans leur journal les émotions qu'ils éprouvèrent, lorsque, voulant se documenter pour écrire *Sœur Philomène*, ils allèrent visiter la Charité : « ... quand on voit cela, et au chevet du lit, ces pancartes sinistres contenant ces seuls mots : *Opérée le....*, il vous vient l'idée de trouver la Providence abominable, et d'appeler bourreau ce Dieu qui est la cause de l'existence des chirurgiens ». Quelquefois un décès dans la salle où vient d'arriver l'*entrant* le glace d'épouvante. Puis ce sont les départs pour la salle d'opération. E. Zola en a donné une description, d'ailleurs très dénaturée :

« Malasvon opérait à jour fixe. Dès le matin, les infirmiers venaient avec des brancards chercher dans la salle les malades dont on appelait les numéros. Ces infortunés partaient pour l'abattoir, le visage agrandi d'épouvante. Au retour, quelques-uns n'étaient plus qu'une plaie hurlante et saignante, hérissée d'un fouillis de pinces d'acier, breloques de supplices, cliquetis d'étincelles. D'autres étaient encore plongés dans le demi-sommeil pâteux du chloroforme, d'où sortaient des phrases incohérentes, des supplications, des remerciements *au bon docteur*, des hennissements et des hoquets ». En réalité, la vue des autres, qui s'en vont, résignés, à la salle d'opération, la vue des succès obtenus chez des malades très graves, tout cela établit une sorte d'*entraînement à l'idée d'opération*. Le nouveau venu est au milieu d'opérés anciens ou futurs. Il suit le sort commun, il ne s'en plaint pas.

On a fait quelques tentatives timides destinées à suggérer, aux hospitalisés des idées réconfortantes : Dans les hôpitaux

militaires, la *musique* vient jouer. Mais les cuivres ont un son trop éclatant. Les instruments à cordes sont préférables¹.

A l'hôpital Broca, de Paris, on a tenté d'égayer la vue des malades par des peintures murales, et dans cet asile de souffrance, des œuvres de Clairin, Dubufe, Bellery-Desfontaines, Mathey, Ch. Guérin, etc., célèbrent par la couleur la joie de vivre.

Sans prétendre à ce luxe onéreux, qui n'est pas indispensable, il est regrettable que, dans certains hôpitaux, les malades soient privés par les règlements de bien des consolations morales ; mettre des obstacles aux communications des hospitalisés avec l'extérieur, au point que les rapports avec la famille deviennent très difficiles et quelquefois impossibles ; interdire radicalement l'introduction de tout ce que l'affection seule peut s'ingénier à trouver pour allumer un éclair de joie dans les yeux d'un malade, n'est-ce pas dépasser le nécessaire ? Sans doute, il faut une discipline, mais l'hôpital n'est pas une caserne, et l'inflexibilité des règlements devrait pouvoir être assouplie par la Pitié. Il y a encore beaucoup, ou plutôt il y a tout à faire² pour combattre l'ennui qui laisse les esprits se replier sur eux-mêmes, dans la contemplation du mal qui afflige le corps.

Mais ne serait-il pas bien téméraire d'espérer que la voix qui plaide cette cause ne se perdra pas tout entière dans un désert sans écho ?

¹ A l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, on vient de prendre l'initiative de concerts périodiques. Il y aurait à entrer dans de longues considérations physiologiques et psychologiques sur le choix des instruments et des genres musicaux. Mais ceci n'est plus dans le cadre du sujet.

² Il est à remarquer que la plupart des rares améliorations qui ont été faites à ce sujet l'ont été sous le couvert de l'hygiène et non de la psychologie. Ainsi l'on met des plantes vertes pour renouveler l'oxygène ; le soleil agit comme antiseptique. Quant au côté moral, il était bon au temps où l'on était poète. Aujourd'hui on est savant : on l'a supprimé.

Les *cliniques particulières* sont certainement ce qui paraît être le plus favorable à la psychothérapie. Le malade, isolé de son milieu, est sous l'influence immédiate du chirurgien; il peut, seul à seul avec lui, lui exprimer ses craintes, lui faire part de ses impressions, et, n'ayant presque que lui à qui se confier, il s'abandonne plus volontiers entre ses mains. Là, le chirurgien peut, sans contre-suggestion, conduire son esprit dans le chemin droit.

Au contraire, il n'est rien de plus défavorable que les conditions dans lesquelles se trouve un blessé pendant la guerre; après les émotions du combat, il se trouve fauché tout d'un coup sur le *champ de bataille*. Puis c'est l'horreur du carnage, le transport hâtif et pêle-mêle; il se trouve dans un hôpital de campagne sous les ordres d'un chirurgien qu'il ne connaît pas et auquel il n'ose se confier, car les galons l'épouvantent. Ce chirurgien est quelquefois un ennemi, qui ne parle pas sa langue, et qui va l'opérer sans qu'il sache ce qu'on va lui faire, sans qu'il comprenne s'il a des chances de revoir ses enfants.

Qu'il me soit permis de relater une observation qui, malgré son allure peu scientifique, n'en donne pas moins une idée de l'état d'esprit où doit être un blessé militaire.

C'était pendant les manœuvres du service de santé de Montpellier, en septembre 1902. L'un des soldats qui avaient été désignés comme blessés, fut transporté à l'hôpital, avec un éclat d'obus dans le ventre, disait sa pancarte. On couche le prétendu blessé sur une table d'opérations. Le soldat commence à s'inquiéter en voyant arriver une vingtaine de médecins militaires en costume, les manches retroussées; les instruments étalés sur une table voisine ne sont pas sans le faire pâlir; enfin, lorsque l'officier d'administration vint lui demander s'il n'avait pas de dispositions à prendre vis-à-vis de sa famille, il s'écria qu'il ne se croyait pas si mal, et

tomba en syncope : Il revint heureusement à lui, mais s'il avait été déjà épuisé par une perte de sang, peut-être n'aurait-il pas supporté l'émotion.

La troisième circonstance qui influe sur l'âme de l'opéré, c'est la *nature même de l'opération*. Il y a ici tellement de différences que nous ne pouvons faire qu'indiquer cette cause. On ne peut, en effet, comparer l'état mental du malade auquel on va enlever un kyste sébacé et celui d'un autre que l'on doit priver d'une jambe. Mais on comprend sans peine toutes les précautions que l'on doit prendre vis-à-vis de quiconque devra subir une grave mutilation. Dupuytren et Gosselin, à propos des amputations, y prennent garde.

Il est des mutilations qui influent tout spécialement sur l'esprit, et l'on sait que certains opérés n'ont pu supporter l'idée de la perte des attributs de leur sexe. Quelques paroles habiles les auraient peut-être empêchés d'attenter à leurs jours.

Cet aperçu forcément incomplet de l'âme de l'opéré était nécessaire pour faire entrevoir la complexité des cas. Il nous donne une idée de la multitude des variétés psychologiques en face desquelles nous pouvons nous trouver.

Les vitrines de l'officine spirituelle ne sont heureusement pas vides, et les remèdes de l'âme peuvent se plier à bien des exigences. S'ils sont peu nombreux, ils suffisent à la plupart des cas. Le tout est de savoir les manier.

Nous n'entreprendrons pas la théorie complète de la psychothérapie. Ce serait faire un travail qui n'aurait rien de personnel, et qui nous détournerait de notre but, qui est *l'introduction de cette psychothérapie déjà bien connue, dans la chirurgie où elle l'est si peu*. Ensuite la nécessité ne s'en fait pas sentir. Bien que dans la majorité des ouvrages, on expose les théories à titre de prémisses pour en extraire

ensuite les applications pratiques, nous essaierons de nous soustraire à cette marche empruntée aux mathématiques. Le chemin nous paraît moins austère, mais non moins rationnel, si nous le prenons en sens inverse, c'est-à-dire si nous entrons bravement dans les faits, étudiant à mesure quelle est la conduite la meilleure, de telle sorte que la théorie s'exhale en quelque sorte à mesure de la pratique.

Il nous est cependant impossible de ne pas donner quelques notions de psychothérapie, dans le but surtout d'expliquer quelques termes sur lesquels tout le monde n'est pas d'accord, et pour éviter des malentendus qui amènent les confusions les plus regrettables.

Le chirurgien peut agir sur l'esprit du malade, soit par lui-même, soit indirectement, par l'intermédiaire de ses aides, des parents de l'opéré, des circonstances extérieures. Il peut modifier cet esprit de trois manières :

1° En faisant accepter aux malades des idées qu'ils n'ont pas ;

2° En fortifiant les idées qu'ils ont ;

3° En affaiblissant ou détruisant les idées qu'ils ont

(Je m'empare du mot *Idee* dans un sens très large, englobant les sentiments, les représentations mentales, etc...)

Or, on ne peut affaiblir ou détruire une idée existante qu'en la combattant par une idée de sens contraire ; de même que, pour combattre une force et obtenir une résultante nulle, il faut lui opposer une force égale et inverse.

Quel que soit le but que l'on se propose, il faut donc introduire des idées dans l'esprit du malade et pour ce faire, nous avons plusieurs manières d'agir :

1° En imposant en quelque sorte nos propres idées à autrui et en les lui faisant accepter sans contrôle ; c'est de la *suggestion*, c'est l'exploitation de la tendance qu'a notre esprit à garder les dépôts qu'on y fait, sans défiance sur

leur valeur et leur provenance, tendance que Bernheim a nommée *crédibilité* ;

2° En faisant accepter les idées sous le contrôle de la raison ; c'est la *persuasion*. Dans ce cas, l'esprit se livre à une enquête, qui est le raisonnement, et il n'accepte le dépôt que s'il juge — à tort ou à raison — qu'il en a le droit.

Nous pensons être assez clair pour éviter toute confusion dans les termes. Certainement, on a le droit de donner aux mots une signification différente, pourvu que l'on s'explique. C'est une affaire de définition. Mais il nous semble que c'est aller contre l'idée qu'on se fait généralement de la suggestion, que de l'étendre, ainsi que l'ont fait Bernheim et d'autres, pour qui la suggestion serait *l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui*, directement, c'est-à-dire par l'acceptation pure et simple d'une idée ; ou indirectement, c'est-à-dire à la suite de l'élaboration d'une impression. Pour eux, l'éducation, l'imitation, la persuasion, l'enseignement, etc., tout cela est de la suggestion. Cette manière de voir mène à des confusions faciles. Pourquoi donc comprendre sous un même terme des choses si différentes, alors que notre langue nous permet de faire la différenciation ?

Si nous ne voulons pas élargir trop le sens du mot suggestion, il serait encore plus inexact de le restreindre et d'en faire le synonyme d'hypnotisme. La suggestion à l'état de veille est continuelle dans la vie, et, par une sage direction on peut arriver à de bons résultats, ainsi que Lévy l'a montré dans son *Education rationnelle de la volonté*.

La suggestion n'est donc qu'un procédé particulier de psychothérapie, et si nous voulions la mettre en parallèle avec la persuasion, nous dirions que celle-ci nous paraît lui être

à divers points de vue supérieure. En effet, chez des individus normaux d'esprit — et c'est le cas des malades qui nous intéressent — elle a un champ d'action infiniment plus vaste; le procédé est plus noble, car c'est infliger une humiliation à l'esprit humain que d'exploiter son automatisme comme on le fait dans l'hypnose; enfin, les résultats éloignés sont meilleurs et plus durables, l'éducation de la raison permettant à celle-ci d'étendre son domaine et d'appliquer à d'autres circonstances les théories qu'elle a acceptées.

Néanmoins on n'a pas toujours le choix; certaines âmes se prêtent mieux à la suggestion. Ce sont les enfants dont la crédulité est sans limites; ce sont encore ceux qui sont habitués à obéir passivement¹ ou bien que leur condition et leur nature malléable ont accoutumés à faire entrer dans leurs actes le minimum d'intellectualité supérieure. De plus, l'exclusivisme est impossible, car pratiquement on ne peut souvent dire quelles sont les parts réciproques de la suggestion et du raisonnement dans l'acceptation de certains concepts; les deux fils conducteurs de l'idée s'enchevêtrent et s'embrouillent dans un fouillis où l'on ne peut plus reconnaître la provenance de l'écheveau. Acceptons donc les deux fils comme ils sont. En cherchant trop à les diviser, nous pourrions les casser tous les deux.

Ce coup d'œil d'ensemble va nous permettre d'aborder des questions plus pratiques qui nous feront détailler, à mesure que les faits se dérouleront, les principes qui doivent guider la conduite du chirurgien. Ou plus volontiers, nous verrons quel *modus faciendi* paraît donner les meilleurs résultats. La théorie en ressortira d'elle-même.

¹ En un mot, tous ceux qui rentrent dans la classe décrite par Malapert, comme esprits en qui l'automatisme est prépondérant.

V. Malapert. Le Caractère. Biblioth. internat. de psych. et pathol., 1902.

CHAPITRE IV

LA PSYCHOTHÉRAPIE AVANT L'OPÉRATION

- Sommaire.** — 1° *La confiance* : IRRASONNÉE. — Qualités physiques du chirurgien ; RAISONNÉE. — Qualités morales du chirurgien.
- 2° *Examen du malade* : Soins à y apporter. — Influence de la physionomie. Cliniques au lit du malade.
- 3° *Annnonce de l'opération* : Influence de la terminologie. — Manière d'annoncer la nécessité d'une opération. — Fixation du jour. — La crainte d'effrayer ne doit pas empêcher de dire aux malades (sauf aux enfants) ce qu'on doit leur faire et ce qu'ils seront après.
- 4° *Préparations morales proprement dites* : Généralités. — L'émotion. — Il faut deviner les craintes.
- A. *Combattre les craintes* (par la persuasion, mais non la moquerie). Craintes de l'anesthésie. — De l'inconnu. — De la douleur. — Des suites opératoires. — Craintes pudiques. — Craintes superstitieuses. — Crainte des expériences. — Crainte de la peur. — Craintes liées à une opération en particulier. Ex. : l'ovariotomie.
- B. *Exciter le désir de l'opération* : a) Inconvénients de l'expectative ; b) Avantages de l'intervention.
- 5° *Addition* : Conduite à tenir lorsqu'une opération inutile est réclamée par le malade. — L'intervention, procédé de suggestion.

Au milieu des idées et des images qui viennent se projeter suivant les circonstances, sur l'âme de l'opéré, comme de changeantes vues sur la toile blanche du cinématographe, il n'est pas aisé d'établir avec ordonnance la conduite qu'il nous faut tenir. Aussi suivrai-je l'ordre chronologique des faits, pendant tout le temps où l'opéré (futur, présent, ou passé), se trouve sous l'influence du chirurgien. De là, découle tout naturellement la division en trois chapitres de l'histoire du

traitement moral du malade, et nous l'étudierons donc : avant, pendant, et après l'intervention.

Dès le début, il importe que l'opérateur gagne *la confiance* du malade, afin que celui-ci se livre à lui, sans arrière-pensée. Sans confiance, tout essai d'action morale est illusoire. Aussi Dionis la conseille-t-il au malade, dans son cours d'opérations de chirurgie.

« En même temps, dit-il, que le malade fait choix d'un chirurgien, il doit croire qu'il n'y en a point de plus habile, et dans cette persuasion, n'écoutant plus tous ceux qui lui proposeront des secrets imaginaires ou des remèdes particuliers, il s'abandonnera entièrement à lui, comme s'il était sûr que sa santé fût entre les mains de cette personne qui travaille à la lui rendre. La patience est une suite de la confiance, car il faut que le malade souffre sans murmurer tout ce que le chirurgien lui veut faire, ne doutant nullement que tout le traitement qu'il en reçoit ne l'approche de plus en plus de la guérison. »

Certes, il n'est pas donné à tous d'avoir dans le geste et dans la physionomie ce que je ne sais quoi d'indescriptible qui attire et qui fascine dès le premier abord. D'une manière générale, les attributs mâles, une taille un peu élevée, une voix forte et grave donnent une idée de puissance qui sied au chirurgien, et l'on s' imagine mal le succès d'une doctoresse qui proposerait une laparotomie. La fermeté de l'allure n'exclut pas cependant des caractères secondaires plus féminins, des harmoniques souples et doux dans la voix, et dans le regard, l'expression qu'y met la beauté infinie de la bonté. Tout chirurgien ne peut avoir ces qualités, quoique, même à ce point de vue, l'on puisse se modifier plus qu'on ne le croit : Le moral s'imprime tellement sur le physique, en gravant à la longue sur le visage les plis habituels, que l'on peut lire jusqu'à un certain point le caractère sur les traits ; si bien qu'il y a en somme une

raison dans cette confiance primesautière et semblant injustifiée, qu'inspirent à première vue certaines personnes.

En tous cas, tout opérateur peut et doit viser à inspirer la confiance que Bouchard appelle *acquise* par opposition à la confiance *naturelle*. Il y arrivera s'il sait s'acquérir par la droiture de sa conscience, la délicatesse de ses procédés, et la persévérance de son travail, la réputation d'honnêteté et de science que les jaloux ne sauraient détruire. Qu'il ait l'âme franche et belle que demandaient du chirurgien nos aïeux, ainsi qu'on le voit dans ce conseil de Guy de Chauliac :

« Quatrièmement j'ay dit que faut qu'il soit bien morigéné. Soit hardy en choses seures, craintif es dangers, qu'il fuye les mauvaises cures ou pratiques; soit *gracieux aux malades*. bienveillant à ses compagnons, sage en ses prédictions. Soit chaste, sobre, *pitoyable et miséricordieux*¹. »

Nous ajouterons qu'il faut qu'il soit intimement persuadé de la puissance qu'il peut exercer sur le malade et de l'influence immense que pourra avoir sur la guérison son moral habilement conduit; qu'il ait présent à l'esprit que de deux opérateurs également habiles, le plus philosophe sera celui qui aura le moins de mortalité; en un mot qu'il ait *la foi* en la psychothérapie. Sans cette foi, il pourra bien donner quelques paroles de consolation, mais il n'aura jamais cette éloquence de sa personne entière qui entraîne la conviction.

Même lorsque le diagnostic de l'affection est facile, il faut mettre beaucoup de soin à *l'examen*. Outre la sécurité plus grande qui en résulte, le malade voit ainsi qu'on s'intéresse à lui. Mais il faut y apporter toute la délicatesse possible. J'ai connu des opérateurs habiles qui avaient ce que les malades appellent *la main lourde*, et cet inconvénient ne relevait que d'une certaine brusquerie de leur caractère.

¹ Guy de Chauliac. La grande Chirurgie, composée en l'an 1363, revue par Nicaise. Paris, Alcan, 1890.

L'examen du malade mérite d'attarder encore un instant notre étude. Il suffit d'une certaine éducation et d'un peu de bon sens pour faire attention à ses paroles ; mais l'on oublie de surveiller en même temps sa physionomie. Le Dr Rivière dit qu'il vit un simple geste entraîner la mort d'un malade qui aurait probablement guéri sans cela, et il ajoute :

« Le malade qui a lu son arrêt de mort sur les physionomies qui l'entourent est un malade perdu, alors même que ce pronostic pessimiste n'est pas justifié. »

L'examen doit être fait avec la plus grande simplicité et le moins d'apparat possible. Il est pourtant nécessaire que, dans les hôpitaux, les étudiants fassent leur éducation, à condition qu'ils voient bien dans ceux qu'ils interrogent des *malades* et non des *sujets*. Aussi est-il quelquefois pénible d'assister à certaines épreuves de clinique au lit du malade, où le candidat, ne pensant qu'à son salut, et oubliant que les oreilles de l'intéressé épient ses paroles, se lance imprudemment dans le pronostic de l'affection qu'il a découverte, et détaille par le menu les phases de l'opération qu'il juge, à tort ou à raison, indiquée. D'autres fois, c'est un Maître qui, dans un but scientifique, sans doute, et n'ayant en vue que la formation de ses élèves, terrorise le patient de ses descriptions réalistes. C'est une des meilleures pages des *Morticoles*, que celle où Malasvon fait sa clinique sur l'infortuné Canelon :

« Je me propose, Messieurs, de commencer par une large incision courbée sur le dos du pied et d'un bord à l'autre, puis, arrivé sur l'article, je l'ouvrirai, je rognerai au besoin les parties scrofuleuses, car ce bonhomme doit être un scrofuleux, comme la plupart des étrangers. Peut-être enlèverai-je le calcanéum et l'astr-

¹ Dr J.-A. Rivière. *Journal de physiothérapie*, juillet 1904 ; « Comment diminuer la mortalité opératoire ? »

gale par la méthode Malasvonienne... Malasvon prolongea son discours par des détails opératoires qui me donnaient la chair de poule. Un médecin exotique lui vantant un autre procédé, une discussion sans fin s'engagea. Le Maître dessinait de son large index, sur mon pied, des incisions hypothétiques, son adversaire obstiné y traçait des lignes au crayon bleu. Je crus qu'ils allaient me découper séance tenante. »

Il faut également surveiller étroitement la *terminologie* employée. L'effet produit dépend moins de la chose dite que de la manière dont on la dit. Il y a certains mots qui devraient être bannis du langage courant.

Les *cancers*, les *tumeurs*, doivent céder la place aux *néoplasmes* ; j'entendis, un jour, un chef de service répondre à un étudiant qui lui demandait si un malade était *tuberculeux* : « Non, Monsieur, dans le service nous avons quelques *bacillaires*, mais nous n'avons pas de tuberculeux. » Vidal rapporte que Dupuytren put, grâce à ces subtilités de langage, sauver un calculeux qui avait juré de ne jamais se laisser *tailler* ; il lui dit que la pierre étant superficielle, il n'y aurait qu'une *légère incision* à pratiquer et il fit la taille selon toutes les règles. Le malade la supporta avec le plus grand courage, puis il chanta les louanges de Dupuytren, disant qu'il l'avait sauvé, tandis que s'il l'avait taillé, comme d'autres ignorants le lui avaient proposé, il serait mort infailliblement sous le couteau. Le mot lui-même d'*opération* effraye bien des gens, et souvent il est préférable de dire au porteur d'un abcès ou d'une tumeur : « Nous allons *vous percer cela*, ou *vous enlever cela*, plutôt que de dire : « Il faudra une *petite opération*. »

L'intervention étant jugée nécessaire, il s'agit de la faire accepter, et pour cela, il est utile de ne pas laisser tomber trop lourdement la vérité. Au lieu de commencer par annoncer l'opération, pour en donner les motifs après, il vaut

mieux suivre la marche inverse, pour habituer l'esprit, et lui laisser tirer de lui-même la conclusion voulue. Soit une jambe écrasée, nécessitant l'amputation. « Vous voyez, dirons-nous, combien cette pauvre jambe est en mauvais état; les os sont fracturés et broyés, tellement qu'ils ne pourraient se consolider; vous en souffrez, et les souffrances ne peuvent qu'augmenter si l'on vous laisse ainsi; de plus votre jambe est la cause de votre fièvre, et votre état général ne permettrait pas de supporter une longue suppuration... » L'idée du sacrifice est ainsi préparée, et l'émotion de la nouvelle est moins poignante. D'ailleurs, on sait que les sensations s'épuisent, lorsqu'elles sont prolongées et que par conséquent la sensation extrême est beaucoup moins vive si l'on y va par gradations. « Une douleur ou une peur quelconque, qui nous surprennent vivement, produisent un trouble profond dans notre organisme, tandis que si elles se produisent d'une manière lente et continue, les effets en seront bien moins graves. Au début d'une sensation, la réaction est toujours plus vive.... Le système nerveux se décharge à chaque réaction d'une partie de son énergie¹. » C'est ce qui explique que les événements de notre vie qui nous font éprouver les plus fortes secousses, ce ne sont pas les plus tristes, mais bien les plus inattendus².

¹ Mosso. La Peur. F. Alcan. 1902.

² Il n'est pas inutile de signaler ici la mauvaise influence qu'exerce parfois la presse; lorsqu'il arrive un accident, les journalistes cherchent à affriander la curiosité du public, plutôt qu'à rassurer les victimes. Témoins les deux faits suivants:

1° Il y a trois ans environ, dans le service du Dr Louge, à l'hôpital de la Conception, entra le dompteur E., grièvement blessé par un de ses fauves. Ce malade put lire dans un journal quotidien, que, de l'avis du chef de service (qui, du reste, n'avait pas été consulté), son état était absolument désespéré. La guérison eut lieu malgré ces affirmations aussi pessimistes, mais le moral du malade en fut pour quelques jours, malgré tous les encouragements, profondément affecté;

L'opération étant déclarée nécessaire, *faut-il en dire à l'avance le jour et l'heure?* Chaque manière d'agir a ses avantages et ses inconvénients. Si on ne prévient pas le malade, on lui évite quelquefois les transes de l'attente. Vidal se rallie à cette manière de procéder, de même Velpeau, à condition qu'on ne se croie pas obligé de cacher aux malades ce qu'on veut leur faire, jusqu'au dernier moment. Cet auteur cite à ce sujet l'hospice de Lyon, où, pour avoir trop caché la vérité, on faillit tailler, à la place d'un calcul, un homme bien portant, parce qu'ils avaient changé de lit la vieille. Pour nous, il nous semble qu'il faut tenir compte de divers facteurs. C'est ainsi que, chez les enfants, puisque l'on n'a besoin que du consentement des parents, il faut leur laisser ignorer non seulement la date de l'opération, mais même qu'on les opérera. C'est une question de principe, de ne *jamais parler d'intervention devant un enfant*. Son imagination ne peut qu'en être frappée d'une manière très pénible ; il fera souvent, la nuit qui précède, des rêves agités qui rendront l'anesthésie plus difficile. Au moment de l'opération, son premier sentiment sera, au contraire, si on ne l'a pas prévenu, de la surprise, plutôt que de la frayeur véritable, et en tous cas sa peur sera beaucoup plus modérée que s'il avait eu le temps de gonfler sa représentation mentale de l'opération avec des idées plus ou moins fantastiques. Un certain nombre d'adultes pusillanimes devront être traités de la même façon, mais c'est le petit

2° En juillet 1902, entra à l'hôtel-Dieu, dans le service du Dr Roux, de Brignoles, une jeune fille qui avait eu la jambe droite écrasée par un tramway. Nous avions pris toutes les précautions pour lui cacher notre opinion sur l'état de son membre, ne voulant l'informer de la nécessité de l'amputation que lorsque le moment en serait venu. Mais une voisine lui prêta un journal, où elle apprit très crûment ce que nous avions eu tant de soins à dissimuler.

Il y a donc lieu de surveiller les journaux que reçoivent les blessés.

nombre. D'ailleurs il serait moins aisé que pour les enfants de donner une explication acceptable des préparatifs que l'on doit faire du champ opératoire. Le malade alors, se méfiant, serait dans une incertitude bien plus pénible que la connaissance de la vérité ; et puis, son consentement étant nécessaire, il lui faut le temps voulu pour réfléchir dans le cas où il ne se déciderait pas immédiatement. En tous cas, on peut toujours demander au malade, une fois l'opération acceptée, s'il désire être prévenu de la date exacte. La plupart du temps ils préfèrent qu'on la leur dise. Mais avec Guyon, nous pensons que *l'on ne doit prévenir que lorsque la date de l'opération est proche, la veille, par exemple*, de manière à éviter ces pénibles attentes que Pouteau appelle « une longue méditation sur la douleur ».

Quelques opérateurs, préoccupés de ne pas effrayer leur patient, ont poussé à l'extrême les ménagements à leur égard et Vidal se demande même si l'on ne pourrait pas faire croire au malade qu'avant d'opérer on va essayer si le chloroforme agit sur lui ; on interviendrait alors, dès que l'anesthésie serait produite. Cette tromperie, malgré ses excellentes intentions, ne serait pas excusable. Du moment que l'on intervient sur des sujets dans la plénitude de leur bon sens et de leur jugement, ils faut qu'ils acceptent librement et en connaissance de cause l'idée de l'opération. Le désir de ne pas apeurer les âmes ne doit pas nous faire oublier d'autres devoirs. Nous jugeons à notre point de vue de la nécessité d'une opération ; qui nous dit que le malade ne préférera pas son infirmité ? Même dans le cas de hernie étranglée, où une opération généralement facile peut seule sauver le malade d'une mort inévitable, on peut se demander si c'est bien notre droit de lui rendre malgré lui sa vie, s'il s'opposait catégoriquement à l'opération. A chacun le droit de veiller comme il l'entend sur le dépôt qui lui a été fait de

son existence. De même, une femme mariée n'a pas perdu sa personnalité ; ou ne peut pas lui dire, pour ne pas l'effrayer, qu'on ne lui fera qu'un curettage, alors qu'au mari on demandera l'autorisation d'enlever l'utérus et les annexes. Assurément, il ne viendra à l'esprit de personne d'expliquer au malade tous les dangers opératoires et les accidents qu'il pourrait y avoir, les vaisseaux à côtoyer, la présence d'organes tels que l'uretère dont la blessure peut être désastreuse. Mais le malade a le droit de savoir *ce qu'il sera après*, et l'on ne peut sans le prévenir faire une amputation à quelqu'un qui ne prévoyait qu'une résection ou rendre à jamais inféconde une malade qui ne pensait perdre qu'un ovaire.

La psychothérapie est donc bridée par certaines considérations morales ; mais c'est justement alors qu'il faudra l'employer dans un autre sens, en tâchant de faire accepter au malade, à force de patience et de raisonnement, ce qui nous paraît être pour son plus grand bien. Si l'on croit faire acte d'autorité en mettant à la porte de l'hôpital un malade qui refuse l'intervention qu'on lui propose, ne doit-on pas être plus fier de l'amener à se laisser guérir par la douce persuasion de la parole ?

L'opération acceptée définitivement, il s'agit, afin de placer le futur opéré dans les meilleures conditions possibles, de combattre les craintes qu'il a et d'exciter au contraire ses espérances. Au début de ce travail, je cherchais à interroger les malades sur les craintes qu'ils éprouvaient ; mais il est préférable, ainsi que me le conseillait M. le professeur Dubois, de chercher à les deviner, ce qui est possible avec un peu d'habitude et ce qui n'expose pas au danger d'inspirer au malade des craintes auxquelles il n'avait pas songé.

Il faut donc tâter « la gamme de sensibilité ¹ » du malade et combattre selon les cas, ses appréhensions. La crainte, comme toute émotion, procède à son origine d'un élément idéatif, que l'on adopte la *théorie intellectuelle* soutenue par Westphall et bien d'autres, ou bien la *théorie physiologique* de Lange et W. James. Pour ces derniers auteurs, l'émotion « n'est que la conscience des variations neuro-musculaires ² ». Or, le sentiment de crainte s'accompagne d'une vaso-contriction à peu près générale. La première idée qui vient à l'esprit serait donc de combattre la crainte en administrant des vaso-dilatateurs, tel que du bromure ou de l'iodure. Je ne saurais être partisan de la théorie de Lange, qui n'est qu'un ingénieux paradoxe. Mais l'admettrait-on, que le résultat serait le même, car on peut répondre que le meilleur moyen de modifier une émotion triste, c'est de la combattre au moyen de pensées dont l'effet direct est une augmentation de l'innervation volontaire, accompagnée de dilatation vasculaire, modifications dont la perception produirait la joie.

De toutes façons, il faut donc agir sur les concepts, en les modifiant ou en en introduisant de nouveaux.

Or, *il faut bien prendre garde de traiter les craintes du malade par la moquerie* ; ce n'est pas en haussant les épaules et en riant qu'on l'amènera à toucher du doigt l'inanité de ses préventions. Ce n'est pas non plus en se tenant dans les généralités, en conseillant de « ne pas avoir peur » ou « de

¹ Réveillé-Parise.

² Pour Grasset, l'émotion serait le résultat de l'extension des complications de la sensation à d'autres centres neuroniques, extension qui passerait par les étapes suivantes : « Sensation simple, sensation complexe (image), sensation avec douleur ou plaisir, sensation avec émotion (addition des phénomènes physiologiques).

V. Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques, Montpellier, Delord-Bœhm et Martial, édit. 1904.

prendre son courage à deux mains », qu'on obtiendra quelque résultat. Déjà, Descartes a dit : « Pour exciter en soi la hardiesse et ôter la peur, il ne suffit pas d'en avoir la volonté, mais il faut s'appliquer à considérer les raisons, les objets et les exemples, qui persuadent que le péril n'est pas grand ; qu'il y aura toujours plus de sécurité en la défense qu'en la fuite ; qu'on aura de la gloire ou de la joie d'avoir vaincu, au lieu qu'on ne peut attendre que du regret ou de la honte d'avoir fui, et choses semblables ¹. »

Les idées pénibles sont implantées dans le cerveau comme autant de parasites qu'il s'agit de détruire. Pourquoi le chirurgien qui, souriant à la pensée de l'innocent traitement ancien des kystes hydatiques du foie par le pétrole, l'eau de mer ou la teinture de kamala, s'en va hardiment à la recherche de l'échinocoque pour l'extirper, pourquoi ce chirurgien n'emploierait-il pas la même logique à l'égard des *idées parasites* ? Et puisqu'il s'agit de chirurgie, ces idées pourraient aussi bien être comparées à des tumeurs. La difficulté de l'extirpation ne vient pas seulement de la *grosseur de l'idée*, mais de son *adhérence* ; il en est en effet qui tiennent à l'esprit par plusieurs chaînons d'associations ; il faut, pour les énucléer, rechercher et trouver le bon plan de clivage.

La plus fréquente des craintes est celle de l'*anesthésie*. Les récits les plus terribles circulent à ce sujet dans le public : « Quelquefois, dit-on, *on ne se réveille plus*. » Je ne veux pas *« rester sur la table »*. Il faut faire comprendre au malade combien ces cas sont peu fréquents, et combien le chloroforme a hérité de la triste réputation que lui ont faite des essais malheureux, au temps où l'on ne savait pas le préparer pur et où l'on ne savait pas l'administrer. A pré-

¹ Descartes. Les Passions de l'âme.

sent, c'est à peine s'il arrive un accident sur des milliers et des milliers d'anesthésies. A tout prendre, ce n'est pas beaucoup plus dangereux que bien des actes de notre vie que nous accomplissons pour notre plaisir et qui exposent autant sans que nous y prenions garde. En tout cas, il faut insister sur ce que toutes les précautions seront prises avec tellement de scrupule que la possibilité d'un accident doive être tout à fait écartée.

D'autres ont peur de l'*Inconnu* ; nous sommes ainsi : Tout ce qui nous fait sortir de nos habitudes familières nous étonne et nous répugne. Même ceux qui ont soif de l'aventure éprouvent un moment d'ennui lorsqu'il leur faut accomplir un acte auquel leur esprit ne s'est pas accoutumé. Tant que l'on ne s'est pas représenté faisant cet acte, on est secrètement inquiet, même si l'on croit devoir en éprouver de la joie. L'opération, pendant ce sommeil inéluctable de l'anesthésique, a quelque chose de mystérieux et de troublant. Il faut alors montrer au malade, par des comparaisons, que l'acte qu'on accomplit est toujours bien moins redoutable que sa prévoyance. Nous nous inquiétons des mois avant un examen, et face à face avec l'examineur, nous ne trouvons pas seulement le temps trop long. Nous ne dormons pas à l'idée d'une affaire à régler, et lorsque nous y sommes, nous disons : « C'est tout cela ! » Pourquoi donc nous tourmenter à la pensée d'une opération, par le fait même que nous ne savons pas les impressions que l'on éprouve ?

Autrefois, il était une crainte qui primait toutes les autres, c'était celle de la douleur. On se demande comment certains malades avaient le courage de se laisser pratiquer des extirpations du maxillaire, opérations longues, laborieuses et délicates, effrayantes même pour les assistants. Mais aujourd'hui il n'en est plus de même et à part de très rares exceptions, on endort le malade ou on insensibilise assez la région pour rendre la douleur supportable.

Néanmoins, il est encore un certain nombre de petites opérations suffisamment douloureuses pour inspirer aux patients peu de sympathie. Les dentistes le savent fort bien, et ils n'oublient pas de faire doubler leur cloison sous peine de voir, lorsqu'un client a le timbre trop aigu, se vider la salle d'attente. Mais les cris ne sont pas en rapport avec la douleur, et l'on peut dire qu'ils « ne signifient rien, si ce n'est la solidité des poumons, et que ceux qui crient le plus fort ne sont pas les plus malades ¹ ! »

Même lorsqu'on doit employer l'anesthésie, il en est qui craignent de *souffrir sans pouvoir l'exprimer*. On peut les rassurer à ce sujet en leur affirmant qu'ils ne sentiront rien, et qu'on s'assurera avant de commencer l'opération, qu'ils sont dans le sommeil le plus complet.

Certaines appréhensions sont liées à la *pensée de l'opération elle-même et de ses suites*. On craint que l'opération ne réussisse pas, qu'il faille *y revenir*. Certaines idées populaires sur les *racines* du mal font croire que cela peut *repousser*. Quelques uns citent des cas à leur connaissance, où il n'y a pas eu de résultat. Il faut alors montrer en quoi ces cas étaient plus mauvais que le cas présent, et combien la nature en est différente. Cependant il faut avouer que, du moins dans le peuple, la confiance accordée à la chirurgie est illimitée : « *La chirurgie a fait beaucoup de progrès !* » répète-t-on, et là-dessus on s'imagine qu'il n'y a pas de miracles qu'elle ne puisse faire ; et que de fois voit-on des gens s'étonner que l'on n'intervienne pas dans certaines affections purement médicales.

Parmi les suites de l'intervention, il en est qui peuvent affecter le malade (je devrais dire : la malade) dans sa coquetterie ; c'est l'idée de la cicatrice. Aussi a-t-on cherché

¹ Marbeau. Lettre d'une opérée.

des *procédés esthétiques*, où la cicatrice est cachée ; telle l'incision de Morestin pour les tumeurs du sein, celle de Segond pour la laparotomie, etc. Ces procédés flattent l'œil, mais donnent en général moins de sécurité. Généralement il vaut mieux chercher avant tout ce qui donne les meilleurs résultats. La beauté sans la santé est bien précaire.

On peut opposer aux craintes des difformités, les *craintes pudiques*, qui, pour n'être plus dans les usages, n'en sont pas moins quelquefois très intenses. Certaines opérées redoutent tellement d'être vues nues, que leur esprit, absorbé de cette pensée, n'a plus place pour d'autres craintes. J'ai soigné une malade, qui certainement n'avait rien de bien troublant, et chez qui j'eus toutes les peines du monde à découvrir la superficie de ventre nécessaire pour faire une ponction d'ascite. Ayant une tumeur de l'ovaire, elle refusa énergiquement toute intervention, et je ne doute pas que ce ne fût dans la crainte d'être vue déshabillée. On est obligé parfois de faire tout un cours de morale pour démontrer qu'il n'y a aucune honte à être vu sans vêtements, et que notre décence n'est qu'une affaire d'éducation. Comme le dit Stratz : « Un enfant ne rougit pas quand on le voit nu, mais il rougit quand on le surprend à mentir. Une jeune fille bien élevée ne rougit pas pour un mensonge, mais elle rougit si l'on découvre une partie de son corps. La soi-disant éducation fait passer la pudeur de l'âme sur le corps¹. » On promettra alors que, seuls, des médecins assisteront à l'opération ; on montrera, d'ailleurs, que la décence est dans le maintien et l'attitude, mais non dans le costume, paraphrasant avec quelques ménagements la parole d'Anatole France qui dit : « Les rêves que vous donnez sont plus séduisants que les réalités que vous pouvez offrir². »

¹ Dr Stratz. La Beauté de la femme. Paris, Gauthier. 1903.

² A. France. Le jardin d'Epicure. Calman-Lévy.

A une époque où la foi religieuse semble vaciller comme une lumière à son déclin, le besoin inné de croyance s'affirme encore en conservant parmi les traditions celles qui ne sont justement pas logiques ; bien des personnes, même de celles qui se piquent d'être des *esprits forts*, voient entre les événements les plus disparates des relations mystérieuses. Alors qu'ils se vantent de ne pas craindre l'« Au-delà », ils ne se laisseraient pas opérer un vendredi ; ils rappellent l'enfant qui, tandis qu'il se faisait fort de combattre un tigre, s'enfuit en voyant un limaçon.

Les superstitieux n'osent en général avouer l'importance qu'ils attachent à un jour de la semaine, à la date du 13, aux anniversaires de morts, à des rêves qu'ils ont faits. Mais si l'on devine le motif de leur trouble, il faut en tenir grand compte. Ici, le raisonnement a bien peu de prise, ou du moins il lui faudrait trop de temps pour extraire une idée si enracinée. Aussi le mieux est-il, je crois, de baisser pavillon et de se conformer au désir du malade, en changeant le jour de l'opération.

Dans les hôpitaux, on voit, parmi les préjugés, paraître la crainte d'être un *sujet d'expériences*, et celle que l'opérateur veuille *se faire la main*, mais rarement lorsque, par le soin apporté à l'examen, on a témoigné au malade qu'on s'intéresse réellement à lui.

Une autre, qui n'est pas spéciale aux opérations mais qui n'en est pas moins une des plus intéressantes, c'est la peur de paraître sans courage, la *peur de la peur* ! Ce n'est pas si rare qu'on pourrait le croire. On n'éprouve aucune crainte actuelle, mais l'on doute de son courage, on manque de confiance en soi-même et cette idée seule rend déjà l'âme lâche et veule. Il est de la plus grande utilité d'engager le malade à ne pas montrer tant de modestie. Croire à sa faiblesse, c'est déjà succomber. Gratiolet n'a-t-il pas dit :

« Il est impossible d'être saisi d'une idée vive sans que le corps se mette à l'unisson de cette idée? » Cette maxime est d'ailleurs connue, et Bernheim l'a érigée en véritable loi psychologique lorsqu'il a dit : « toute idée est un acte à l'état naissant ». Le futur opéré devra donc se répéter à lui-même qu'il est courageux, qu'il n'a aucune appréhension, en se représentant, autant que possible, plein de calme au moment solennel. Dans l'éreuthophobie, la peur de rougir, seule amène le sang au visage, sans autre cause ; si, au contraire, le sujet s'est vivement représenté affrontant les regards sans émoi, le visage restera normal. C'est bien là une démonstration visible de ce qui se passe pour bien d'autres états d'âme, et Lévy, dans son *Education rationnelle de la volonté*, a montré le grand parti que l'on pouvait tirer de l'auto-suggestion.

A vrai dire, sa méthode ne me paraît pas suffisante. Se représenter surmontant les obstacles, c'est bien ; mais effriter et désagréger par le raisonnement les motifs ou mobiles où nous nous buttions, c'est mieux. Dans le premier cas, on peut obtenir la force suffisante pour faire l'assaut du rempart ; mais le rempart reste derrière, toujours menaçant. Nous pensons, néanmoins, que l'auto-suggestion ne doit pas être négligée, et, dans le cas présent (pour revenir à la crainte que nous étudions), tout en employant la raison pour en démontrer toute l'inanité, il est louable d'y joindre l'assurance de la puissance que nous avons sur nous-mêmes.

Enfin, nous clôturerons ici cette énumération des diverses appréhensions en disant qu'il en est toute une classe qui dépendent du genre d'opération pratiquée ; nous ne pouvons entrer dans tous ces détails. Cependant, pour choisir un exemple assez fréquent, nous prendrons une femme atteinte de salpingite double, je suppose, pour laquelle on va lui pratiquer l'hystérectomie totale. L'influence de la cas-

tration ovarienne sur l'état ultérieur est une des questions auxquelles le public s'intéresse le plus. La littérature s'en est emparée, et elle a résolu le problème avec toute la légèreté qu'elle accorde aux questions scientifiques. Il est vrai que presque tous ces ouvrages sont des romans à thèses, et pour soutenir une théorie, il faut bien ployer les faits jusqu'à ce qu'ils l'encadrent. Nous lisons, par exemple : « Il est certain... que pour rendre la stérilité vraiment bienfaisante, il faudrait pouvoir également opérer le moral... Si l'impuissance n'a pas pour équivalent une tranquillité, une chasteté de pensées absolues, elle devient un agent de terrible détraquement !... » De même, Zola, dans *Fécondité*, montre toutes ses « femmes de France dont on a fauché, arraché la fleur de maternité, comme une herbe mauvaise », devenir folles et hystériques au dernier degré. N'y aurait-il pas assez pour maudire « le couteau des châteurs de femmes, qui, en dix ans, nous a fait plus de mal que les balles prussiennes, pendant l'année terrible ? »

Incapables de maternité, ces opérées ne seraient-elles pas en même temps mauvaises épouses ? telle est la question que se posent souvent les femmes à qui l'on propose l'opération. Car le bruit court encore qu'après « *on n'est plus bonne à rien, qu'on n'est plus une femme.* » Voici ce me semble, ce qu'on peut répondre :

« Madame, si vous le désirez absolument, on vous laissera dans l'état, mais je dois vous prévenir que pour ce que vous craignez, vous ne gagnerez rien. Vos organes étant malades, leur fonctionnement est tout à fait aboli. Une dent gâtée, si on la conserve, ne sert pas à manger ; elle sert surtout à faire souffrir et à occasionner des fluxions. Il en est de même, pour votre ventre. Si vous voulez garder

* Pert. Les Florifères

des organes malades, alors que vous n'en retirerez aucun bénéfice, vous vous exposez au contraire à des accidents sérieux, à de longues douleurs et à des complications telles que la péritonite, qui est le plus souvent mortelle. Au contraire, opérée, c'est une erreur de croire que vous ne serez plus « femme », et que votre amour pour votre mari ne sera plus qu'un platonique témoignage d'estime. Selon toute probabilité, vous resterez ce que vous étiez avant, sans que l'opération y ait apporté la moindre froideur. Il en est même qui deviennent plus ardentes, comme si le chirurgien rendait, avec la santé, une nouvelle jeunesse¹. »

C'est d'ailleurs dans chaque cas particulier qu'il faut s'ingénier à adapter ses paroles à l'esprit où on les sème. Autant que possible il faudra employer un style imagé, avec des comparaisons faciles à saisir et qui se gravent.

Nous venons donc de donner un certain nombre d'exemples de craintes à combattre. Cela n'est point encore suffisant. Nous voulons arriver en effet, non pas seulement à ce que le malade s'offre en holocauste résigné, mais nous voulons *qu'il désire l'opération*, et qu'il la réclame comme il la souhaite, ardemment.

Le désir de l'opération est fondé sur celui de la cessation de la souffrance, ou des incommodités et des dangers du mal.

Il ne faut pas craindre de démontrer avec une certaine énergie aux pusillanimes à quels inconvénients ils s'exposeraient en refusant une opération jugée nécessaire. A ce point de vue, l'affirmation que la mort pourrait être la conséquence de l'expectative agit en général d'une façon

¹ Ces affirmations sont d'ailleurs l'expression de la vérité. Le témoignage de nombreuses opérées interrogées, en général, permet d'établir qu'il n'y a pas de modification du désir sexuel. Quelquefois ce désir peut être très accru, ainsi que j'en connais une observation assez démonstrative.

salutaire, et Dionis raconte que, dans ces cas, il y avait des malades qui le pressaient tellement qu'ils ne lui laissaient pas le temps de préparer les instruments. On préfère toutes les mutilations à la mort, et La Fontaine a exprimé un sentiment profondément humain en disant :

..... Qu'on me rende impotent
Cul-de-jatte, goutteux, manchot, pourvu qu'en somme
Je vive, c'est assez ; je suis plus que content.

S'il est des malades auxquels il faut éviter la moindre crainte (émotifs), nous avons vu qu'il en est que l'on n'effraye jamais assez (apathiques). Ils sont négligents de leur mal jusqu'à ce qu'ils soient inopérables. Il faut leur parler très franchement et très ouvertement, leur montrer toutes les complications qu'ils se préparent, en exagérant même s'il est nécessaire ; quelquefois il faut leur signifier que c'est pour eux une affaire de *conscience* de se conserver à l'affection de leur famille qui a besoin d'eux.

Ces paroles feront ressortir, par contraste, tous les avantages de l'opération et l'on fera miroiter la cessation des souffrances, la reprise des habitudes familières, etc.... ' Le sentiment doit être joint à la pensée :

« Le plus efficace moyen, dit Payot², d'arriver à la possession de soi, c'est de susciter en son âme de vigoureuses affections ou de véhémentes répulsions. » Il faut donc que le malade évoque des *sensations* agréables ; il ne suffit pas qu'il se contente de simples évocations verbales, comme

¹ Cependant je dois faire ici une restriction très importante. Lorsque l'opération présente une réelle gravité, il serait coupable et immoral de faire croire qu'elle n'est que peu de chose. Il faut convenir que l'intervention est sérieuse, mais bien faire sentir au malade qu'on n'a pas pris cette détermination à la légère ; que si on lui propose le bistouri, c'est pour son plus grand bien et quelquefois même que c'est son *devoir* de chercher à conserver sa vie.

² Payot. L'Éducation de la volonté. Paris, Alcan.

celle de guérison ; il faut qu'il se représente vivement accomplissant, grâce à cette guérison, certains actes qui lui sont particulièrement agréables. Que celui qui a dû garder longtemps la chambre, par exemple, se figure au moment de sa première sortie, faisant une promenade en plein air, avec un bon bain de ce soleil qui réchauffe et qui réjouit tant le cœur des convalescents !

Si, chez la plupart des malades, il faut activer le désir de l'opération, il en est, et le cas n'est pas absolument rare, où l'on doit le réfréner. On trouve, chez les névropathes, certains sujets qui, affolés d'opérations, ont voué au bistouri une sorte de culte. Il est aussi toute une classe de gens qui réclament des interventions, et au sujet desquels le chirurgien doit tenir sa perspicacité en éveil, s'il ne veut pas s'exposer à pratiquer des opérations pour le moins inutiles ; dans les traités classiques, il n'en est pas question. On signale seulement les grands névrosés, les hystériques, comme sujets à certains troubles qui peuvent faire croire à la nécessité d'une intervention. Mais ces troubles s'observent aussi chez des malades qui ne présentent aucun stigmate, et dont le calme et la réflexion semblent éloigner toute idée d'affection psychique.

Or, c'est justement leur esprit d'analyse et d'observation qui leur fait attacher leur pensée à un trouble quelquefois purement fonctionnel de leur organisme ; ce trouble, sous l'influence de l'attention, peut se prolonger ou se répéter. En gens intelligents, ils supportent leur mal avec courage ; ils affectent même de le dédaigner, mais ils *croient* en lui, et cela peut suffire à entretenir le trouble. (Il n'est pas impossible d'expliquer ainsi certaines ovarites micro-kystiques, par exemple). Quoi qu'il en soit, fréquemment le chirurgien est consulté pour des affections variées de l'estomac, des troubles utérins, des algies, des cancers du sein, des tumeurs

de la langue, qui n'existent que dans l'esprit du plaignant. Divers traitements ont été essayés sans résultats; le chirurgien doit-il accepter d'intervenir chirurgicalement?

Puisque, en l'absence de lésions anatomiques, il s'agit uniquement de faire croire au malade qu'on l'a opéré, il est inutile de faire une opération complète, et nous ne citerons pas comme modèle le chirurgien allemand qui aurait pratiqué, en vain d'ailleurs, sur la même hystérique, une gastroplastie, deux gastro-gastrostomies, et une gastro-entérostomie. Mais si l'on faisait une simple incision de la peau, cela ne suffirait-il pas? Il ne manque pas d'observations où l'intervention donna des résultats immédiats merveilleux. Ainsi Richelot¹ opéra un malade chez qui l'on soupçonnait un rétrécissement du pylore; la laparotomie ayant démontré l'absence de toute lésion, il referme l'abdomen et affirme au malade qu'il est guéri, ce qui eut lieu. Pitres cite un cas emprunté à Chiarléoni², d'une hystérique très gravement malade depuis 9 ans. On lui accorda de lui pratiquer l'ovariotomie, et après des préparatifs solennels, on l'endormit et on lui incisa seulement la peau, qui fut sur-le-champ recousue. Immédiatement, tous les troubles cessèrent; ce fut une véritable résurrection. On pourrait multiplier les exemples.

Malgré ces résultats encourageants, je suis d'avis que, d'une manière générale, *il ne faut pas intervenir*. Ces opérations de complaisance, *ut aliquid fiat* ou plutôt *fieri videatur*, rappellent des procédés charlatanesques qui nous répugnent actuellement. C'était bon au temps des Barbiers, dont le peintre hollandais Jean Steen a fixé sur sa jolie toile intitulée

¹ Basset, cité p. Durand, Des interventions chirurgicales sur l'estomac dans les vomissements rebelles de l'hystérie. Thèse, Lyon, 1902-1903.

² Gazzetta degli ospitali, 1888.

« l'Opérateur », une scène comique : le patient, solidement maintenu, est opéré des « pierres de tête » qui lui occasionnaient des névralgies, et le petit aide fait tomber des cailloux dans le plat, tandis que l'opérateur incise gravement l'occiput.

Encore si l'on était obligé d'en passer par là, se résoudrait-on à une fraude, si elle était la condition obligée de la guérison. Mais il n'en est rien ; ces opérations de fantaisie ne sont qu'un procédé de suggestion, pas de beaucoup supérieur aux autres, et toujours plus dangereux. Elles sont loin d'amener fatalement la guérison ; tel le cas de la malade citée par Janet ¹, qui s'imaginait avoir avalé deux épingles, ce qui occasionnait de nombreux troubles. On l'endormit, on lui fit des incisions, et au réveil on lui montra deux épingles ; les douleurs continuèrent et se compliquèrent d'un affreux goût métallique, la malade pensant que les épingles s'étaient fondues en partie. Or, si l'on échoue dans ce procédé de suggestion, on n'a fait qu'ancrer davantage dans l'esprit du malade l'idée de lésion organique. Je pense donc que le seul traitement rationnel est celui par la *persuasion*, en démontrant aux malades l'origine psychique (quoique exempte de supercherie) de leur maladie. Ces malades seront guéris le jour où ils auront donné leur plein consentement à cette idée.

Quoique ces vues sur les opérations de complaisance ne soient pas comprises directement dans le sujet traité, il était important d'en toucher un mot, parce que cette question est reliée à la précédente par de si étroites chaînes, que l'une entraîne l'autre ; ensuite parce que cela nous permettra de tirer une application importante de ces connaissances, lorsque nous verrons le rôle suggestif de l'opération en étudiant la thérapeutique morale post-opératoire.

¹ P. Janet. Obsessions et psychasthénies, t. II, p. 354.

CHAPITRE V

LA PSYCHOTHÉRAPIE PENDANT L'OPÉRATION ¹

Sommaire. — GÉNÉRALITÉS. — L'exactitude du chirurgien. — Soins moraux pré-opératoires immédiats. — Éviter la mise en scène.

OPÉRATIONS SANS ANESTHÉSIE. — La douleur. — Nécessité, pour qu'elle existe réellement, de sa perception par le psychisme supérieur. — Dangers de la volonté seule appliquée contre l'élément douleur. — Quelques causes qui font varier cet élément. — Tolérance à la douleur. — Exemples. — La diminution de la douleur par la distraction et la suggestion. — Démonstration clinique de l'influence de la distraction.

OPÉRATION AVEC ANESTHÉSIE GÉNÉRALE. — A. *Anesthésiques habituels.* — Les accidents qui leur sont imputés doivent être attribués en partie à l'état psychique : 1° Ces accidents s'observent surtout chez les malades effrayés — 2° La peur seule peut produire des accidents semblables. — Exemples. — Accidents après simulacre d'anesthésie. — Tentative d'explication psychologique de ces accidents. — Influence du calme sur l'anesthésie. — Influence des suggestions de sommeil. — Influence de la musique. — Utilité du silence pendant l'anesthésie complète.

B. *Hypnose.* — Possibilité d'opérations pendant l'hypnose. — Ce n'est qu'un procédé d'anesthésie d'exception.

Le jour fixé pour l'opération est arrivé, l'heure définitive va sonner. Que le chirurgien soit exact à son rendez-vous, ou même qu'il en devance un peu l'heure. Peu de choses dépriment autant le moral que lorsque, le malade s'étant préparé et ayant rassemblé tout son courage pour le sacrifice, on vient lui dire que l'opération est ajournée. Que l'on

¹ Je suis obligé, pour la clarté de l'exposition, de faire rentrer dans ce chapitre les soins moraux qui précèdent immédiatement l'opération.

se représente même l'angoisse de l'*attente*, le malade épiant les coups de sonnette, fixant la pendule dont les aiguilles ont, ce matin, une désespérante paresse, et l'on comprendra que l'*exactitude* est une des qualités de l'opérateur.

Celui-ci devra faire son possible pour éviter tout ce que l'intervention a d'alarmant. Aussi, tandis que les aides, sans se montrer, préparent sans bruit le nécessaire dans une autre salle, il fera bien de se rendre auprès du malade et de renforcer sa confiance en la guérison. C'est alors le moment de retracer le tableau des misères qui vont s'évanouir et du bien-être qui suivra la cessation des souffrances ; il faut aussi affirmer avec autorité que tout s'annonce comme devant se passer très bien.

Autant il faut blâmer à ce moment la forfanterie et la vantardise charlatanesques, autant il faut reconnaître la nécessité pour le chirurgien de montrer, par son attitude calme, la confiance que ses connaissances et son habileté lui permettent d'avoir en lui-même. Celui qui entrerait chez le malade, timide et sur la pointe des pieds, et qui l'exhorterait sur un ton de condoléances, perdrait immédiatement tout le prestige qui lui est nécessaire.

J'ai dit qu'il fallait masquer les préparatifs. Pour le profane, les instruments de notre arsenal produisent la même impression que les instruments de torture qu'on voit dans certaines expositions. Aussi, les anciens chirurgiens usaient-ils de stratagèmes qui montrent jusqu'où ils poussaient parfois le souci de ne pas effrayer le patient. « Il y a des malades, dit Ambroise Paré, qui craignent tant l'ouverture (de l'apostème) qu'ils s'évanouissent seulement voyant la lancette, de la crainte de douleur, avant que l'incision soit faite !... Par quoi faut que le chirurgien fasse l'ouverture avant que le malade aye loisir d'y penser, en l'abusant, comme faisant une fomentation ou autre chose à la desrobée,

ayant une pointe de lancette, laquelle sera attachée au milieu d'un jetton ou autre pièce d'argent ; laquelle sera mise sur une emplâtre, ou cataplasme et la pointe d'icelle si bien couverte d'onguent ou du cataplasme, que le malade ni les assistants ne la pourront appercevoir, et estant ainsi accommodée, sera appliquée sur l'endroit où l'on doit faire l'apertion : et lors le chirurgien subito pressera en l'endroit dudit jetton ou pièce tant et si peu que la dite pointe soit entrée en l'apostème. » On peut rapprocher de ce cataplasme truqué l'anneau que certains médecins portaient à l'index et qui avait une petite lame mobile avec laquelle ils pratiquaient l'ouverture de l'abcès en faisant semblant de l'examiner.

Il faut encore éviter qu'un malade n'assiste à d'autres opérations en attendant son tour comme il arrive dans les hôpitaux où une salle commune sert à plusieurs chirurgiens. Il est peu d'étudiants auxquels la vue des premières interventions n'ait pas donné ce malaise indéfinissable qui est l'acheminement vers l'évanouissement ; à plus forte raison ceux qui arrivent déjà troublés par l'idée de ce qu'il leur faudra subir sont-ils vivement impressionnés par la vue du sang : « Quel rêve Dantesque ! », nous dit un malade en racontant ses impressions. On l'avait fait appeler dans la salle d'opérations pour y être amputé d'une jambe, et là il avait trouvé les deux tables occupées par des patients ; un troisième gisait sur un brancard, avec des vomissements chloroformiques ; partout à terre, des compresses rouges, des tampons maculés, donnaient à la salle un aspect de carnage. Il lui fallut, nous dit-il, un grand effort pour supporter cette vue. De même une pauvre femme à qui il fallut amputer la cuisse, et plus tard un sein, me dit que ce qui, pour elle, avait été le plus pénible dans l'opération, c'était la *mise en scène*. D'ailleurs Farabeuf rappelle dans sa *Médecine opératoire* que

tous les rois eux-mêmes ne furent pas courageux devant l'arsenal chirurgical, et que Louis XIII s'enfuit en voyant l'appareil de la circoncision.

Il faut donc éviter dans la mesure du possible toute mise en scène inutile, et théoriquement, il est préférable que le malade soit chloroformisé dans son lit. Toutefois le *jucundé* ne doit pas faire oublier le *cito et tuto* de la trilogie d'Asclépiade, et des raisons d'asepsie empêchent en général d'agir de la sorte.

Le malade, une fois sur la table, faut-il lui mettre immédiatement des entraves ? Si l'on dispose du nombre d'aides suffisant, il vaut mieux le faire maintenir doucement jusqu'à ce que l'anesthésie soit suffisante.

Enfin, tout le temps que le malade aura conscience, il importe de *lui montrer qu'on s'occupe de lui*, et qu'on prend toutes les précautions pour la réussite de l'opération. Pendant que l'on s'aseptise, on s'oublie souvent à parler d'événements divers, et cela n'est pas sans lui être désagréable. Il faut éviter également de s'impatienter contre les aides ou les instruments, car le malade croit alors que le succès peut être compromis.

Il y a parmi les opérations de très grandes variétés qui modifient chaque fois la conduite à tenir. Mais il y a surtout une considération qui nous force à diviser les interventions en deux catégories très distinctes, suivant qu'elles ont lieu sans ou avec anesthésie générale ; nous ne parlerons pas de l'anesthésie locale, ni de la rachi-cocaïnisation qui n'offrent rien de bien spécial pour ce qui nous intéresse.

Commençons par les opérations *sans anesthésie*. Il semble à première vue que la douleur physique soit la maîtresse absolue de l'homme, et que celui-ci ne puisse que la supporter avec plus ou moins de courage sans avoir aucune puissance sur elle. Il n'en est rien, et la réflexion nous

montre qu'elle dépend moins de l'excitation des extrémités nerveuses que de la manière dont nous accueillons cette excitation dans notre cerveau. Une expérience bien simple montre quelle est l'influence de l'idée, c'est la décomposition de la douleur dans le temps. Lorsque l'on souffre, en s'efforçant de ne plus penser à la douleur passée, ni à la douleur future et en se contentant à chaque seconde de la souffrance actuelle, on trouve la douleur beaucoup plus modérée ; également, lorsque l'on répond à une question posée, le soulagement est encore plus considérable. Notre action sur la douleur peut être mise en lumière par le schéma bien connu de Grasset :

Il distingue¹ d'après Janet, parmi les fonctions psychiques : 1° Un *psychisme supérieur*, « siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité ». Ce groupement peut s'appeler *O* 2° Un *psychisme inférieur* dit *automatisme supérieur*, inconsciemment spontané, qui n'est pas l'arc réflexe ordinaire « puisqu'il aboutit à des actes coordonnés, intelligents, spontanés dans une certaine limite » Cette fonction a pour siège anatomique des centres de réception et des centres d'émission que l'on peut représenter par des points. (A, centre auditif — V, centre visuel — T, centre tactile (sensibilité générale) — K, centre kinétique (mouvements généraux) — M, centre de la parole — E, centre de l'écriture.) Ces points peuvent être réunis par des traits dont l'ensemble forme le *polygone*. Si un nerf périphérique est excité par un traumatisme, cette excitation viendra en T (centre tactile) ; mais pour qu'il y ait douleur véritable, il faudra

¹ V. De l'automatisme psychologique (psychisme inférieur; polygone cortical) à l'état physiologique et pathologique en Leçons de clinique médicale. 3^e série.

que l'excitation arrive en O, notre *Moi*. Si O n'est pas libre, ou si la communication OT est interrompue par suite d'une *désagrégation* entre O et le polygone, comme dans la *distraction*, la douleur ne sera pas perçue. « La douleur, dit W. James, exige un certain degré d'attention. » Or nous sommes maîtres, dans une certaine mesure, de notre O; si nous ne pouvons l'arracher complètement au polygone, du moins nous pouvons l'occuper, et c'est diminuer d'autant la perception.

L'expérience vient confirmer la théorie, et nous savons tous combien l'attente d'une douleur en augmente l'intensité, quand elle ne la crée pas de toutes pièces. J'ai vu un Napolitain, atteint d'adénite suppurée, pousser un cri de douleur et se contracter violemment, au moment où l'on traçait l'incision, avec la pulpe du doigt; il fut tout étonné, en ouvrant les yeux, de ne pas voir de plaie.

La volonté, appliquée seule, peut bien empêcher les manifestations de la douleur, mais elle ne fait que renforcer la douleur elle-même en y fixant l'attention. Aussi, n'est-il pas à conseiller aux malades de chercher à maîtriser, par un effort violent, l'expression de leur douleur. Il y a une trentaine d'années, à l'hôtel-Dieu de Marseille, un malade à qui l'on devait amputer le gros orteil fut pris au moment de la visite, d'une véritable crise de désespoir, à tel point que l'on renvoya l'opération. Le docteur Pirondi, le chef de service, allait terminer sa visite, lorsque le malade le rappelle. « Maintenant, dit-il, je suis décidé, opérez-moi, j'y tiens absolument. » Il subit l'opération, sans anesthésie, sans qu'il proférât une plainte; mais, le lendemain matin, il était mort.

Les exemples de ce genre n'étaient d'ailleurs pas rares anciennement. Dupuytren expliquait les accidents par sa théorie célèbre de l'*hémorragie nerveuse* qui n'est en somme

qu'une comparaison. « Il faut encore se défier, écrit-il, de ceux qui, jusque-là, faibles et pusillanimes, affectent un sang-froid qui va jusqu'à l'insouciance. Presque toujours, accablés par le coup qui les frappe, ils déguisent leur terreur sous les apparences d'une tranquillité d'âme qu'ils sont loin d'avoir. Pendant l'opération, ils feront des efforts extraordinaires pour comprimer l'expression de la douleur. Mais cette lutte ayant épuisé leurs forces, ils tombent dans un état de stupeur et de collapsus dont rien ne peut les relever. Il en est de la sensibilité comme du sang. La source de l'une peut être épuisée par la douleur et les affections morales, comme celle de l'autre par des pertes considérables, et l'évaluation de ce que coûteront aux malades ces douleurs et ces agitations morales doit toujours entrer, comme un motif puissant, dans la détermination d'opérer ou de s'abstenir. » On a invoqué encore une désorganisation des conducteurs nerveux par l'intensité du courant (Luys) ; on admet aujourd'hui, grâce aux expériences de François Frank, que la mort est due à un arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique, excitation partie du point traumatisé, et réfléchie au niveau du bulbe.

A côté des opérations sans anesthésie aussi mal supportées que celles dont nous avons parlé, il en est d'autres où la douleur semble avoir peu de prise sur l'individu. Il est certain, il est vrai, que, pour un certain nombre, la sensibilité est très obtuse. Ce sont ceux dont Montaigne disait : « *Qu'il faut les écorcher pour les chatouiller.* » Les récits de voyageurs sont pleins d'exemples qui prouvent que, chez certains, la douleur est bien diminuée¹, soit que les cordons

¹ Cabanis cite des exemples tirés des voyages de Meares, de Dixon, de Vaucouvert, etc., qui ont vu les sauvages des côtes occidentales du Nord de l'Amérique se faire de longues entailles sur tout le corps, en guise d'amusement. Bazile Férís raconte qu'aux îles Karas, à la Nouvelle-Guinée, les indigènes s'enroulent

transmetteurs, soit que les centres récepteurs soient moins délicats. Il peut donc y avoir une différence énorme entre la manière de souffrir de deux individus, et, dans le même peuple, les différences d'éducation physique et morale doivent entrer en ligne de compte. Il se peut même qu'un individu, très sensible à certaines douleurs, le soit beaucoup moins à certaines autres, car il en existe de très nombreuses formes, si bien que le père de l'homéopathie avait eu la patience d'en compter soixante-treize variétés. Mais ici déjà, on voit poindre fortement l'influence de la représentation mentale ; certains souffrent presque à la vue seule d'un couteau effilé, tandis que la vue d'un objet brûlant, mais moussé, les laisse calmes ; il est certain qu'une piqûre les fera souffrir plus qu'une brûlure, toute proportion gardée.

S'il est des individus dont la sensibilité est tellement émoussée qu'ils n'ont plus aucun mérite à supporter les opérations, il en est qui, paraissant jouir d'une sensibilité aussi exquise que la normale, ont eu sur eux-mêmes un empire qui nous étonne. Il n'est pas inutile de donner aux pusillanimes quelques exemples de ce courage, afin de leur montrer qu'on peut « supporter la douleur », et que c'est la plupart du temps notre esprit qui nous la rend « intolérable ». Ainsi, l'on trouve dans les Cliniques de Velpeau les faits suivants :

« Ces exemples d'impassibilité sont d'ailleurs loin d'être rares en chirurgie. Le comte de Mansfeld se fit couper un bras au son de trompes. Lapeyronnie, auquel on devait enlever la jambe, disposait lui-même le matin, sur son lit,

autour du corps des fibres de cocotier et les allument. D'après Pruney-Bey, les nègres d'Égypte peuvent subir sans souffrances de très grandes opérations chirurgicales.

l'appareil et les instruments nécessaires. Un paysan alla jusqu'à amputer sa propre jambe avec une scie grossière, dit Scharschmidt. M. Champion m'a parlé de deux femmes et de quelques hommes qui lui ont montré le même calme et la même résignation. J'ai amputé la cuisse à trois malades qui n'ont pas jeté le moindre cri pendant l'opération. On trouve, dans la collection de Bonnet, l'exemple répété dans ce siècle par M. Clevel, d'un calculeux se pratiquant lui-même l'opération de la taille. Un homme fort et très impressionnable causa tranquillement avec les aides pendant que je l'opérais ici même dans cet amphithéâtre d'un sarcocèle volumineux et sans avoir l'air d'éprouver la moindre douleur ¹. »

Marc-Antoine Petit, chirurgien à l'hôpital de Lyon, extirpa un cancer chez une femme, sans anesthésie ; elle le supporta sans une plainte ; le chirurgien ajoute : « Ma main était lassée, son courage ne l'était pas ; cent fois de pareils exemples se sont répétés à mes yeux, et toujours le plus grand nombre était chez les femmes. »

De très graves opérations ont donc pu être supportées avec calme. Voyons s'il n'y a là qu'une question de courage ou bien si l'on peut réellement atténuer la douleur :

Si l'attention est le grand renforçateur de la douleur, la distraction agit en sens contraire, si bien que Montaigne a pu écrire que « *nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'épée dans la chaleur du combat.* » C'est également en accaparant l'attention qu'une nouvelle douleur atténue l'ancienne ; *Duobus doloribus simul obortis non in eodem loco major obscurat alterum.*

Souvent c'est une idée très vive qui, occupant les centres de la perception, permet de supporter ce qui, sans cela,

¹ Velpeau, Cliniques, p 65.

eût été intolérable. La vie des saints est pleine d'actes de martyrs qui souriaient au milieu de leurs tourments. La pensée du ciel les occupait tout entiers, et leur âme, toute pénétrée des visions splendides qu'y versaient la Foi, l'Espérance et l'Amour, n'était plus apte à percevoir en même temps, dans toute leur intensité, les sensations venues de l'extérieur. Saint Laurent sur son gril n'aurait pu, *malgré toute sa volonté*, plaisanter ses bourreaux si une idée violente ne l'avait occupé. Entre Guatimozin et son favori qui, tous les deux, gisaient sur des charbons ardents, il y avait cette grande différence que, le premier était vivement préoccupé par la crainte de faiblir devant ses ennemis. Il souffrait donc moins que son compagnon d'infortune, sans quoi il eût crié tout aussi bien que lui, au lieu de lui répondre : « Et moi, suis-je sur un lit de roses ? » Le centre O de Guatimozin ne recevait qu'incomplètement les émissions du psychisme inférieur, étant rempli déjà par des idées très fortes ; celui du ministre, au contraire, était tout entier à ces émissions qu'il recevait violemment.

Nous arrivons donc à cette conclusion que le chirurgien peut, sans anesthésiques, anesthésier au moins un peu son malade. Il faut, pour cela, qu'il empêche les centres psychiques supérieurs d'être tout occupés à la contemplation des sensations qui lui parviennent.

Aussi, faut-il bien affirmer qu'il est nuisible d'empêcher le malade de crier, ainsi qu'on le fait souvent, non peut-être sans un peu d'égoïsme. L'opérateur doit être sourd aux cris, mais il doit laisser crier ; il doit même le conseiller quand il voit le malade se retenir. Et encore, souvent celui-ci croit être courageux, alors qu'il remplace les plaintes par d'autres actes peu remarquables des assistants, mais qui n'en existent pas moins, tels que l'acte de mordre un mouchoir ou de serrer fortement les poings. Aussi, au risque

de paraître paradoxal, dirai-je que c'est par un vieux préjugé que nous croyons devoir subir la douleur sans la manifester, alors que la raison serait de chercher à la diminuer, même par des cris. Si certaines considérations empêchent d'agir ainsi, on peut occuper autrement son attention, et l'on peut, en chantant, diminuer considérablement la douleur d'une incision. Pratiquement, j'avoue être parvenu bien rarement à obtenir des malades qu'ils chantent dans ces occasions.

Il ne faut pas trop compter sur eux-mêmes pour être aidé dans ces tentatives de diminution de la douleur. Ils y montrent trop de désintéressement. Non pas tous, car il en est qui d'eux-mêmes mettent en exécution les conseils de Sénèque, qui écrivait : « Gardez-vous d'aggraver vous-mêmes vos maux et d'empirer votre position par vos plaintes. La douleur est légère, quand l'opinion ne l'exagère point, et si l'on s'encourage en se disant : *ce n'est rien* ou du moins *c'est peu de chose, sachons l'endurer, cela va finir*, on rend la douleur légère à force de la croire telle ¹ ». On sait que Pascal, souffrant une nuit de terribles maux de dents, se guérit en résolvant le problème de la courbe cycloïde ou roulette ; de même Hack Tuke raconte de lui-même qu'il s'auto-suggestionna en se faisant arracher une dent, et, dit-il, nous arrivâmes à ne ressentir presque aucune douleur, en nous efforçant de nous représenter des idées riantes, et en nous répétant mentalement à nous-mêmes : « Que c'est agréable ! ² ».

¹ Sénèque. Lettre LXXVIII à Lucilius. Paris, Garnier.

² Hack Tuke. Le corps et l'Esprit, traduit de l'anglais par Parant. Paris, Baillière. 1886. Les suggestions agréables agissent de deux façons contre la douleur : 1^o par la distraction qu'elles y apportent ; 2^o en vertu de la loi d'après laquelle toute idée est un acte à l'état naissant. Par le fait même une idée agréable est inséparable d'une sensation agréable qui neutralise en partie la sensation

C'est bien là l'exception.

Aussi doit on employer d'autres procédés, dont le plus simple est celui d'occuper l'attention des patients en les interrogeant, en les forçant à rechercher dans leur esprit la date du début de leur maladie, et les différentes phases.

Cliniquement, on peut souvent démontrer l'influence de la distraction sur la douleur. Il m'est arrivé plusieurs fois d'arriver ainsi à sonder des rétrécis, où d'autres n'avaient pu réussir ; je leur demandais des renseignements sur leur pays et, au moment même où leur esprit s'y portait, la douleur cessant, et avec elle la contracture, la bougie pouvait pénétrer. J'ai réduit de même une hernie que l'on pensait être étranglée et qui se serait probablement réduite sous le chloroforme si l'on avait tenté de l'opérer; il m'a suffi, pour cela, de me faire répéter par le malade l'histoire de son affection, pendant que je pratiquais doucement le taxis. La contracture abdominale cessa immédiatement, et la hernie disparut.

Ce n'est pas uniquement pour masquer les cris du patient que les charlatans enlèvent les dents au son de la musique, il est certain que le coup de cymbales résonnant au moment pathétique diminue l'intensité de la douleur. Je ne sais si l'on ne pourrait chercher de ceci une explication physiologique et admettre que, par une sorte d'*interférence nerveuse*, les vibrations auditives annulent les vibrations douloureuses ; mais ce ne serait jamais qu'une hypothèse et la psychologie nous permet d'expliquer suffisamment ce fait

pénible. Pour Lévy, les stoïciens diminuaient la douleur par la suggestion, parce qu'une douleur qu'on se refuse à percevoir se tarit dans sa source et disparaît d'elle-même. Les anciens agissaient encore par suggestion, quand, pour diminuer la douleur, ils faisaient respirer aux malades une éponge imbibée d'opium, d'eau de morelle, de jusquiame ou de laitue.

par ce que nous avons dit du rôle de l'attention et de la distraction sur l'élément douleur.

Nous avons donc vu quelle est la conduite à tenir dans les opérations, sans anesthésie. Il nous reste à parler de celles qui se pratiquent au moyen de l'anesthésie générale, soit par les procédés habituels (chloroforme, éther), soit au moyen de l'hypnotisme. Le premier de ces moyens étant de beaucoup le plus employé, nous nous y appesantirons davantage. Et comme il est de première importance pour le succès de l'anesthésie que le malade soit dans un état d'esprit satisfaisant, j'insisterai sur la nécessité de la psychothérapie en chirurgie, à ce point de vue.

On a accusé le chloroforme et l'éther de bien des méfaits. En somme, les statistiques ne sont nullement d'accord sur la proportion d'accidents qu'on doit leur imputer. D'ailleurs, ces statistiques ne pourraient prouver quelque chose que si elles étaient accompagnées de longues observations sur chaque opération, indiquant si les produits anesthésiques ont été vérifiés, s'ils ont toujours été bien administrés, si l'on avait examiné les malades au point de vue du fonctionnement de leurs divers appareils, en particulier du cœur et des reins, etc. Mais, si je m'en rapporte aux anesthésies auxquelles il m'a été donné d'assister et à l'opinion de plusieurs chirurgiens, je crois pouvoir dire que *les accidents uniquement imputables aux anesthésiques doivent être infiniment rares*. L'intoxication, en effet, est bien difficilement soutenable dans la majorité des cas. D'autre part, des accidents, mortels quelquefois, peuvent être expliqués par un réflexe, ayant son point de départ au niveau de la pituitaire ou de la muqueuse linguale, et certains faits justifient pleinement cette théorie. Mais on a abusé, néanmoins, de ce mot de réflexe qui déguise souvent notre ignorance de

bien des choses, et je ne vois pas pourquoi l'on ne pourrait admettre que l'excitation bulbaire ne pourrait, dans certains cas, avoir une origine idéative ; en d'autres termes, j'avance que la syncope dite chloroformique peut être causée dans certains cas (je ne dis pas : dans tous les cas) par l'émotion. J'apporterai à cette assertion des preuves qui paraissent probantes :

En premier lieu, les syncopes s'observent rarement chez les malades qui n'ont pas peur de l'opération, et, depuis plusieurs années, j'entends un de mes maîtres, M. le docteur Louge, insister avec raison sur l'attention particulière qu'il faut porter aux malades pusillanimes, résumant ses observations dans cette maxime : « *Malade effrayé, malade à syncope* ». Il ne faut pas confondre le malade effrayé avec celui qui se débat au début de l'anesthésie ; celui-ci s'endort en général assez vite et sans incidents, tandis que le premier donne des inquiétudes. C'est ainsi qu'une jeune couturière de vingt ans, atteinte d'abcès froids, et qui s'était étendue sur la table sans autre signe d'émotion qu'un peu d'humidité des yeux, nous donna une alerte assez sérieuse pour nécessiter la respiration artificielle. Elle m'avoua, plus tard qu'elle ne dormait pas depuis plusieurs nuits, et qu'elle était allée à la salle d'opérations avec l'idée qu'elle n'en reviendrait pas.

Deuxièmement, les morts, au début des opérations, s'observaient avant l'anesthésie. Verneuil cite le cas d'une syncope mortelle survenue au moment où il traçait l'incision de la trachéotomie avec le dos de son bistouri. Plus souvent, c'était au moment de l'intervention véritable que survenait l'accident. « Ne semble-t-il donc pas très probable, dit Van Swieten, que la moindre plaie peut causer, à de telles personnes, les symptômes les plus graves et même la mort ? Et lorsqu'ils en meurent, doit-on l'imputer

à la plaie seule comme cause de ce triste accident? » et il cite l'exemple d'un roi de Perse qui, « en badinant », faisait semblant de frapper de son poignard le sein nu de sa courtisane la plus chère. Sans le vouloir, il affleura à peine la poitrine, faisant une plaie à peine visible; cependant, la femme crut être sérieusement blessée, et elle tomba morte.

Faut-il, dans ces cas, admettre encore une excitation cutané-bulbaire, se réfléchissant au cœur par les pneumogastriques? Cette explication est vraiment bien commode, mais pourquoi ces réflexes ne se produisent-ils pas aussi bien à chaque instant, dans notre vie courante? pourquoi se produisent-ils au contraire chez les individus craintifs ou hantés de l'idée de mort? Voici encore quelques exemples : Gratiolet raconte qu'un étudiant en médecine de Paris se faisait initier à la franc-maçonnerie; il s'évanouit lorsqu'on lui fit le simulacre de la saignée. Hack-Tuke¹ parle d'un homme condamné à être saigné jusqu'à ce que la mort s'en suivît. Après tous les préparatifs solennels, au lieu de l'opérer on lui fit une piqûre superficielle et l'on fit couler de l'eau tiède sur son bras « Cet homme ne tarda pas à pâlir, et il mourut réellement. Il cite encore le condamné auquel on apporta le sursis au moment où il avait la tête sur le billot; mais il était trop tard. Lauder Brunton² a publié le cas d'un étudiant qui, étant devenu odieux à ses camarades, fut condamné par eux à être décapité. Après la sentence, on le mena dans une pièce obscure où des jeunes gens vêtus de noir simulaient les bourreaux. On lui bande les yeux, on l'attache sur un billot, et faisant sonner l'acier d'une hache, on lui laisse tomber sur le cou un essuie-mains mouillé.

¹ Hack-Tuke. *Loc. cit.*

² Lauder Brunton. Sur la Pathologie et le traitement de la syncope, cité par Mosso.

Quand ses camarades voulurent le relever, il était mort. On peut rapprocher de ces faits les accidents survenus après simulacre d'anesthésie. Ainsi nous trouvons dans un journal médical l'article suivant : ¹

« *Influence de la peur dans les cas de mort par chloroforme.*

— On a vu des gens mourir subitement au cours des préparatifs de l'opération sans avoir encore respiré de chloroforme.

Chez les enfants, la mort par chloroforme ne s'observe pour ainsi dire jamais, à cause de leur inconscience, qui les rend moins peureux que l'adulte.

Les malades à opérer se trouvent, le plus souvent, dans un état d'émotion lamentable, et même en imminence d'état syncopal avec pression sanguine notablement abaissée.

Le docteur Bodine, professeur adjoint de chirurgie à la Polyclinique de New-York, rapporte l'exemple d'un sujet qui, pendant les préliminaires d'une opération, fut pris d'une telle épouvante que le rythme respiratoire devint absolument désordonné et qu'il fallut surseoir à l'anesthésie. Quand le calme fut rétabli, le masque à chloroforme fut appliqué; mais, avant la première inhalation, le malade fut pris immédiatement de dyspnée et mourut sans avoir absorbé de chloroforme.

La peur est donc un facteur important des morts par le chloroforme. Il faut s'en défendre en plaçant le malade dans les meilleures conditions morales avant l'opération, et surtout en lui évitant bien soigneusement la vue de l'arsenal chirurgical, si effrayant pour les malheureux patients. »

On connaît le cas de Cazenave, dont le malade mourut brusquement au moment où on lui présentait, pour l'habituer, une compresse encore vierge de chloroforme. ²

¹ La Revue des hôpitaux. Août 1904.

² Voir : Médical Times and Gazette, 28 juillet 1866. Voir également : Société de Chirurgie, 1^{er} février 1882.

De même, à l'hôpital de la Conception de Marseille, au début de l'année 1903, un de mes camarades, interne du service des enfants, eut à mettre des pointes de feu à un malade de 13 ans, atteint de périostite traumatique de la jambe. L'enfant étant très indocile et criant qu'on l'endorme, il lui met sur la figure *une compresse imbibée d'eau pure*; immédiatement l'enfant se calme, et supporte quelques pointes de feu sans manifester la moindre douleur; puis il pâlit, et tombe en syncope. Des flagellations et la respiration artificielle furent nécessaires pour le rappeler à la vie.

Mosso¹, dans son ouvrage sur la Peur, dit aussi l'influence qu'il faut attacher à cette émotion, en chirurgie :

« Les chirurgiens savent mieux que personne que les malades peuvent mourir à la suite d'une violente secousse du système nerveux, par action traumatique ou par cause morale. En pareil cas, la moelle allongée fonctionne déjà si faiblement que la simple chloroformisation suffit pour arrêter la respiration et le cœur. Lorsqu'il arrivait à Porta, le grand chirurgien de l'Université de Pavie, de voir un malade succomber pendant qu'il pratiquait une opération, il jetait dédaigneusement les instruments par terre et criait au cadavre en manière de reproche : « Le lâche, il meurt de peur ! »

Je crois avoir donné suffisamment d'exemples pour avoir démontré que la syncope du début de l'anesthésie n'est pas toujours réflexe, mais qu'elle peut s'expliquer cliniquement par l'influence cardio-frénatrice de certaines idées. Les faits sont d'ailleurs loin d'être en contradiction avec nos connaissances actuelles sur l'anatomie et la physiologie. L'arrêt du

¹ Mosso. La Peur. Paris, Alcan, 1902. Bibliothèque de Philosophie contemporaine.

cœur peut se produire par une inhibition du sympathique ou par une excitation du pneumo-gastrique (ou plus exactement du spinal, dont certains rameaux s'accolent au nerf vague, au niveau du ganglion plexiforme). Les neurones dont l'ensemble forme le noyau du spinal sont en relation soit directe, soit indirecte (par l'intermédiaire des noyaux intermédiaires mésocéphaliques, ou centres réflexes supérieurs), avec ce que Grasset¹ appelle le *système supérieur* des neurones, c'est-à-dire avec l'écorce grise cérébrale². Mais là, tous les neurones n'ont pas la même dignité. « En physiologie et en clinique, dit Grasset, on est obligé de dédoubler ce dernier système des neurones supérieurs en deux groupes : le groupe des neurones de l'automatisme psychologique, et le groupe des neurones de la cérébralité supérieure, volontaire et libre. » Ces principes me permettent d'essayer une explication de la syncope chloroformique, que je n'ai trouvée exposée nulle part jusqu'ici³. Lorsque le malade arrive au moment de l'opération, ses centres psychiques inférieurs ou automatiques, le polygone de Grasset, remplis d'idées de mort paralysantes pour le cœur, ont leur action encore contrebalancée par les centres supérieurs raisonnables (le centre O de Grasset). Le malade éprouve une certaine angoisse, contre laquelle il peut lutter, puisqu'il est encore maître de son psychisme supérieur. Mais, que l'on administre du chloroforme, que va-t-il se passer ? L'action de

¹ Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux. Actualités médicales, Paris, Baillière, 1902.

² L'existence de centres cardio-moteurs corticaux peut être étayée par ce fait, que chez certaines personnes le cœur obéit à la volonté ; constatations de E. I. Weber, Wendling, Tarchanoff, le colonel Townsend. « Enfin, une suggestion venue du dehors peut agir de même. MM. Beaunis, Kraft Ebing, Berillon... ont pu ainsi ralentir les pulsations du cœur. » Dr Regnault : Influence du moral sur le physique. La Revue, 15 mai 1903.

³ Ce n'est, bien entendu, qu'une hypothèse, mais qui paraît très vraisemblable.

l'anesthésique ne se répartit pas simultanément et également sur tous les neurones ; ils sont endormis successivement mais non pas au hasard. Il semble que ceux qui sont anesthésiés les premiers sont justement les plus sensibles, les plus délicats, et par conséquent les plus perfectionnés, les plus élevés en dignité. En effet, le malade perd d'abord sa personnalité, sa faculté de juger et de coordonner. S'il parle, il divague, ou bien ne répète qu'automatiquement des associations de mots logiques mais antérieurement créées. Ce n'est que plus tard encore que s'endorment les réflexes. Mais si nous admettons l'*anéantissement primitif*, dans l'anesthésie, *des fonctions des neurones psychiques supérieurs*, nous concevons que les neurones polygonaux, c'est-à-dire automatiques, n'étant plus contenus, peuvent exercer une action beaucoup plus considérable sur les centres réflexes inférieurs : La digue de la raison étant effondrée, rien n'empêche plus le flot des idées paralysantes de venir submerger les moteurs du cœur.

De là, nous pouvons conclure de nouveau à la nécessité d'enlever autant que possible, avant l'anesthésie, ces idées et ces images tristes et décourageantes qui imprègnent l'esprit de certains malades, et, par conséquent, nous avons là une confirmation puissante de l'utilité de cette psychothérapie préopératoire à laquelle j'ai consacré un long chapitre.

Sans nous attarder davantage à ces considérations si importantes, voyons comment l'on doit procéder à l'anesthésie et quelles sont les circonstances qui la favorisent.

L'idéal serait de faire passer le malade du sommeil naturel au sommeil artificiel. Cela n'est pas chimérique, et des expériences ont été faites qui en ont démontré la possibilité ¹.

¹ Théodore Potter. The med. rev. (Rev. de l'hypnotisme, t. IV, 1890, p. 125.)

On trouve même, dans des mémoires de policiers, des exemples de malfaiteurs usant de ce stratagème. Pratiquement, la chose est entourée de trop de difficultés pour être mise à exécution, et d'ailleurs le sommeil qui précède une opération est trop léger pour permettre d'agir ainsi. Cependant, si, devant opérer un enfant, on le trouvait endormi, il serait indiqué d'essayer de l'anesthésier sans le réveiller.

Pour les cas habituels, on ne saurait trop répéter que le premier temps de l'anesthésie consiste dans la préparation morale, et l'on peut adopter la formule de Louge : « *Vous ne sentirez rien et nous ne commencerons que lorsque vous serez complètement endormi* ».

Autant la peur prédispose à la syncope, autant le *calme d'esprit* facilite l'anesthésie. Parmi les malades que j'ai vus s'endormir le plus facilement, j'en citerai deux en particulier. L'une est une dame de Marseille, âgée de 45 ans. Atteinte de métrite ancienne avec lésions bilatérales des annexes, elle souffrait depuis près de vingt ans. Aussi était-elle arrivée à être dans un état de faiblesse qui donnait des craintes pour l'anesthésie ; mais, ayant épuisé tous les traitements palliatifs, elle accepta avec une telle joie l'idée d'opération, et elle s'abandonna au chirurgien avec tant de confiance, qu'elle dormit, la veille de son opération, l'une des meilleures nuits qu'elle eût passées depuis bien longtemps. Jamais narcose ne fut plus facile ; l'hystérectomie vaginale totale fut pratiquée sans qu'elle eût la moindre défaillance, et d'ailleurs la guérison ne se fit pas attendre. L'autre est une jeune malade de 16 ans, opérée à l'Hôtel-Dieu de Marseille d'une hernie inguinale. Jamais je n'ai rencontré un esprit aussi calme. Elle m'a affirmé n'avoir pas ressenti la moindre appréhension, même en s'étendant sur la table d'opération ; la veille du jour fixé, elle dormait déjà d'un sommeil profond, à sept heures du soir, au milieu

du bruit de la salle ; c'est à peine si elle sait ce que c'est que l'émotion, n'ayant eu qu'une fois dans sa vie, dit-elle, une légère frayeur. Quelques gouttes de chloroforme suffirent à l'endormir, sans qu'elle eût la moindre période d'excitation.

Il est aussi des malades qui ne s'endorment pas tant que le médecin auquel ils ont confiance n'est pas présent, ou même ne les tient pas par la main. Si donc ils manifestent le désir que le chirurgien soit à leurs côtés, il faudra s'y conformer.

Lorsqu'on a commencé l'anesthésie, selon les règles ordinaires, faut-il que le malade soit plongé dans le silence absolu ? Il en est qui, partisans de cette méthode, mettent du coton dans les oreilles du malade, et évitent tout bruit autour de lui. Je crois qu'il est préférable de parler, de continuer à encourager, de combattre les émotions que peuvent provoquer les premières sensations.

La subconscience du début de l'anesthésie est très favorable à la suggestion¹ ; il faut en profiter pour rassurer le malade en lui affirmant que tout va bien. Tout en lui donnant du courage, *on peut hâter l'anesthésie en lui suggérant qu'il va bientôt s'endormir*, comme si on pratiquait l'hypnose. La persuasion que l'on va s'endormir *précipite l'arrivée du sommeil et quelquefois le sommeil hypnotique devance le sommeil chloroformique*. Ainsi, une jeune fille s'endormit avant que l'on mît du chloroforme sur le masque dont on lui avait couvert le visage, et le sommeil fut assez profond pour qu'on pût lui enlever plusieurs tumeurs du cuir chevelu². Bernheim dit en avoir aussi vu des exemples³. Aussi, lorsque

¹ Voisin a réussi à hypnotiser des aliénés, lorsque le chloroforme leur avait procuré le calme suffisant.

² Hack-Tuke, *Loc. cit.*

³ Bernheim. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. — Paris, Doin 1888, p. 6.

le sujet s'y prête, au classique : « respirez ! » peut-on substituer le commandement : « dormez ! »

Je dois ici étudier un procédé psycho-physiologique, essayé depuis peu d'années pour faciliter la narcose, je veux parler de l'emploi de la musique. Le moyen le plus pratique consiste dans l'utilisation d'un phonographe dont on applique les écouteurs aux oreilles du patient. La première idée en est due au dentiste Drossner, qui, ayant remarqué souvent, pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote, des troubles psychiques d'origine auditive (par exemple : idées d'écrasement dues au bruit de voitures), chercha à y substituer des sensations auditives agréables.

Laborde, dans la séance du 14 mai 1891, à l'Académie de Paris¹, attira sur ce procédé l'attention de chirurgiens, et de nombreuses et consciencieuses recherches furent faites avec le chloroforme et l'éther par Walther E. von Rodt², qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale, et auquel ces renseignements sont empruntés.

Voici les conclusions auxquelles il arrive :

1. Die Narkose durch die Kombination mit Musik beeinflusst. Die Versuche mit dem Gaertneschen Tonometer beweisen dies, und zwar steigt der Blutdruck mit dem Einsetzen der Musik.

2. Die Narkose ist viel ruhiger und gleichmässiger.

3. Das Excitationsstadium ist bedeutend reduziert.

4. Das brechen während der Narkose faellt in den meisten Faellen weg, und ebenso ist die Nausea nach dem Erwachen nicht nur weniger haeufig, sondern tritt auch mit geringerer Intensitaet auf.

¹ V. Bulletin de l'Académie de Médecine, n° 19, 1901.

² Walther E. von Rodt. Musik und Narcose, Bern. Buchdruckerei Stampfli et Cie, 1903.

5. Fast alle Patienten, die schon früher einmal mit Ather oder Chloroform Bekanntschaft gemacht haben, ziehen die Musik-Narkose einer gewöhnlichen vor und geben nachher ihrer Befriedigung über diese Empfindung Ausdruck.

Cette dernière remarque, que les patients ayant essayé les deux méthodes (avec et sans musique), préfèrent la narcose accompagnée de musique, est assez concluante. Walther a recherché surtout l'action physiologique du son et son attention a été attirée par l'augmentation de la tension vasculaire. Il n'insiste pas assez sur l'action psychologique de la musique (qui peut se produire même après le début de l'anesthésie, ainsi que nous l'avons vu). Il a remarqué que les airs qui réussissaient le mieux étaient les marches militaires. Ce sont elles, en effet, qui donnent le plus de courage.

Pratiquement, je ne crois pas bien utile d'introduire le phonographe dans le matériel du chloroformisateur. Ce procédé, bien qu'intéressant, paraît un peu puéril, et je ne doute pas que l'on n'obtienne d'aussi bons résultats avec la musique plus expressive de la parole.

Lorsque la narcose est obtenue, bien que la sensibilité soit complète, il faut néanmoins veiller sur ses paroles. Nous avons opéré en 1900, à la Conception, dans le service du docteur Poucel, un malade atteint d'une tumeur de la paume de la main que je lui avais dite être un lipome et que plusieurs médecins avaient pensé être un kyste synovial. A son réveil, il déclara n'avoir absolument rien senti, et il me félicita d'avoir porté le bon diagnostic, se souvenant de tout ce qui avait été dit pendant l'intervention. Ce cas, bien que rare, est loin d'être unique; il prouve une fois de plus que certains neurones, par suite de causes difficiles à établir, peuvent se soustraire à l'action d'une narcose qui n'est pas poussée à l'extrême, et continuent à veiller malgré toutes

les apparences. Je crois que cette vigilance de certains centres psychiques est plus rare avec le chloroforme qu'avec l'éther et surtout le chlorure d'éthyle. Il faut donc se tenir sur ses gardes, surtout avec ces derniers agents, et éviter de porter tout haut un mauvais pronostic.

Je n'ai parlé, jusqu'ici, que de l'anesthésie générale au moyen des anesthésiques habituels. Il y aurait encore beaucoup à dire sur *l'emploi de l'hypnotisme en chirurgie*. Depuis la fameuse amputation de sein pratiquée sous hypnose, par Cloquet, le 12 avril 1829, les observations se sont multipliées, et, dans divers ouvrages sur l'hypnotisme, on trouvera des observations sur les opérations les plus diverses, sous le sommeil magnétique, depuis des avulsions dentaires et des incisions d'abcès, jusqu'à des extractions laborieuses de tumeurs et des amputations. Mais ce serait sortir du cadre de mon sujet que d'entrer dans cette voie, car ce procédé d'anesthésie ne sera jamais qu'un procédé d'exception, de l'aveu même des hypnotiseurs tels que Bernheim, et il ne saurait entrer dans la pratique courante de l'anesthésie chirurgicale. Je sais bien qu'Esdaile, chirurgien des hôpitaux de Calcutta, prétendait avoir d'aussi bons résultats qu'avec l'éther et le chloroforme, et qu'il écrivait à Braid « qu'il avait, en six ans, exécuté plus de six cents opérations capitales de toute pièce pendant le sommeil magnétique¹ », sans parler de milliers d'opérations moins importantes. Je ne sais s'il n'aurait pas un peu exagéré l'excellence de ses résultats; en tout cas, les Indiens se prêtent sans doute mieux que les Européens à la suggestion hypnotique. Je me contenterai donc de dire que ces opérations peuvent se faire *pendant l'hypnose* elle-même, ou à l'aide de la *suggestion post-hypnotique*. Elles ne pourront

¹ Cullere. Thérapeutique suggestive. Paris, Baillière, 1893.

réussir que sur des sujets déjà entraînés à l'hypnose ; car, bien qu'il soit démontré aujourd'hui que la majorité des sujets soit hypnotisable, la seule idée qu'on va leur pratiquer une opération suffirait à rendre la plupart réfractaires.

Nous avons étudié la conduite que le chirurgien avait à tenir tant que le patient était sous son bistouri, expiant en douleurs le rachat de sa santé, ou bien, corps insensible que l'âme semble avoir quitté pour ne le retrouver que lorsque la maladie en aura été chassée. Mais ici ne finit pas le rôle moral de l'homme de l'art qui ne veut pas être seulement un opérateur.

CHAPITRE VI

LA PSYCHOTHÉRAPIE APRÈS L'OPÉRATION

Sommaire. — 1^o Le réveil est favorable à la suggestion comme le début de l'anesthésie. — Eviter les suggestions fâcheuses. — Faire accepter des suggestions favorables. — 2^o Soins moraux post-opératoires. — 3^o Utilisation de l'opération comme procédé de suggestion. — Influence de l'idée dans la symptomatologie des maladies organiques. — 4^o La convalescence peut être activée par les Idées et les Sentiments.

De même que le début de l'anesthésie est favorable à la suggestion, de même cet état transitoire, qui n'est plus le sommeil et cependant n'est pas encore l'éveil, et ce moment où la conscience submergée paraît remonter peu à peu à la surface, se prêtent aux mêmes considérations. L'automatisme revêt avant la personnalité et, n'étant pas encore sous sa domination, peut être plus facilement influencé par les causes extérieures. C'est pourquoi il faut, lorsque le malade revient à lui, éviter les suggestions fâcheuses, et c'est, à ce point de vue, un tort que de le laisser se réveiller avant que la suture de la plaie ne soit terminée¹. C'est également un mauvais usage que de lui demander *s'il veut qu'on l'opère*, pour montrer aux assistants qu'il n'a rien senti. Il faut au contraire lui annoncer que tout est heureusement terminé et lui dire : « Vous êtes guéri ! »

¹ De même, au début de l'opération, on peut suggérer défavorablement le malade en commençant l'incision avant l'anesthésie complète, comme on le fait parfois pour l'obliger à mieux respirer.

Je suis d'avis qu'il n'y a pas, en général, d'intérêt à hâter le réveil des malades par des excitations extérieures interpellations bruyantes, flagellations de la face). On produit ainsi des réactions désagréables. Le réveil m'a paru plus calme lorsqu'il se faisait spontanément et progressivement.

Lorsque le malade a repris connaissance, sans le fatiguer de discours, on doit lui renouveler brièvement l'assurance qu'il est en bonne voie. Une pratique excellente consiste à lui faire entendre qu'il n'aurait pas guéri s'il ne s'était décidé à se laisser opérer. Cette pensée le consolera des souffrances qu'il peut encore avoir à éprouver. Aussi peut-on proposer d'employer cette formule et de dire : « *Votre opération était bien nécessaire, mais tout le mal a été enlevé, et j'espère que vous allez être bientôt rétabli.* »

Il faut ensuite le prévenir de ne pas s'effrayer s'il a des écœurements ou des vomissements, dus au chloroforme, et le tenir dans le calme le plus complet, avec une personne de confiance auprès de lui. Calme n'est pas synonyme de solitude. Il faut, au contraire, que l'opéré sente auprès de lui la présence de quelqu'un qui lui plaise, et qui sache s'occuper de lui sans l'obséder.

On peut se demander si, pour fortifier l'idée que le mal a disparu, il faut montrer les pièces qui ont justifié l'intervention. Cela dépend évidemment de bien des circonstances. On ne montre pas une jambe amputée, mais on montre une balle extraite ou un calcul enlevé, car cela n'a rien de répugnant¹. En général, il suffit de soumettre les pièces anatomiques à la famille ou à l'entourage.

Lorsqu'on est satisfait soi-même d'une opération, on est assez porté, sans s'en rendre compte, à encourager le malade,

¹ D'une manière générale, on doit montrer tous les corps étrangers, et ne pas montrer ce qui appartient au corps même de l'individu.

ne serait-ce que par sa physionomie. Mais lorsque l'intervention n'a pas *marché* comme on l'aurait désiré, c'est justement alors qu'il faut savoir faire mentir jusqu'à son attitude. Même lorsque l'on juge que tout est perdu, il faut encore laisser planer la navrante illusion, si pénible à voir, mais qui donne encore une étincelle à l'œil du moribond, et tandis que parfois l'on pleure avec son cœur, il faut avoir le suprême courage de sourire avec les lèvres. D'ailleurs cette foi en la réussite peut produire de réels soulagements.

Nous avons vu, en étudiant les cas d'affections pseudo-organiques, d'origine psychique, que la guérison pouvait s'obtenir par l'intervention chirurgicale, et cela n'a rien de bien étonnant. Mais même dans les affections qui ont pour cause une lésion anatomique bien nette, il y a presque toujours (sinon toujours) un élément psychique surajouté qui vient en renforcer la symptomatologie. Cela explique un certain nombre d'améliorations que l'opération en elle-même ne permettait pas d'espérer. En voici une observation : Le 1^{er} mars 1904, mon Maître, M. le professeur Combalat, pratiqua une laparotomie sur un malade atteint de carcinome stomacal, dans le but de lui faire une gastro-entérostomie. Le ventre ouvert, on s'aperçut que les lésions étaient tellement généralisées, qu'il n'y avait pas l'étendue suffisante de tissus sains pour y aboucher l'intestin, et l'abdomen fut immédiatement refermé. Le malade, qui souffrait depuis plus d'un an physiquement et moralement, en était arrivé à ne plus même digérer le lait, qui provoquait, lorsqu'il était froid, des douleurs violentes, et il se soumit à l'opération avec une confiance que nous étions loin de partager. Dès le lendemain de l'intervention, il criait famine, et bientôt il digérait fort bien ses soupes et même des aliments solides, tels que le pain et la viande, faisant deux bons repas par jour. Ses parents, que j'avais

prévenus après l'opération de l'extrême gravité du cas, étaient eux-mêmes gagnés par sa croyance en une amélioration réelle. Ils l'emmènèrent chez lui, où il mourut d'ailleurs deux mois après, le cancer ayant envahi complètement l'estomac.

Faut-il admettre, dans ce cas, que l'opération a créé des adhérences qui ont agrandi la cavité stomacale ? Ou que le contact de l'air a rendu à la tunique musculieuse de l'estomac un peu de sa tonicité ? Tout cela est bien problématique. On peut, au contraire, émettre une hypothèse qui, certes, ne sera pas contredite par tous ceux qui se sont occupés de psycho-névroses et qui en connaissent la genèse : c'est que le malade aurait pu digérer avant l'opération comme après, si des troubles dus au carcinome n'avaient point éveillé dans son esprit l'idée de maladie d'estomac.

Une interrogation plus approfondie vint me confirmer dans cette manière de voir ; j'appris en effet que ses douleurs si vives avaient commencé brusquement, il y avait peu de temps, à la suite d'un effort qu'il avait fait et qui, provoquant une gêne dans l'épigastre, avait attiré son attention sur cette région déjà malade. De plus, depuis son entrée dans le service jusqu'à l'opération, son intolérance avait encore augmenté rapidement, et je l'attribue à sa connaissance de notre diagnostic d'une affection stomacale¹.

Il y a donc un élément symptomatique d'origine idéative qui vient renforcer souvent l'élément symptomatique d'origine organique ; même en la persistance de lésions anatomiques, l'élément psychique peut disparaître, s'il y a croyance en la guérison.

Si la chirurgie n'a pas en son pouvoir de distribuer la guérison complète et certaine à tous ceux qui se confient à

¹ Cet homme ne présentait aucun signe de névrose.

elle, du moins les progrès splendides qu'elle a accomplis lui permettent de ne compter les insuccès que comme des exceptions, et le plus souvent l'opérateur a la consolation de voir ses malades évoluer vers la guérison. Il peut, par les soins moraux, activer la marche de la convalescence. « Rien ne relève mieux les forces, dit Vidal de Cassis, que les paroles affectueuses, une espérance de guérison bien présentée par le chirurgien, la satisfaction de n'avoir plus à souffrir les douleurs de l'opération. Un sommeil réparateur vient ensuite rétablir tout à fait le calme ¹. »

La *tension psychique* se maintient au moyen des influences morales aussi bien que la tension vasculaire au moyen des injections de sérum.

Nous avons parlé surtout jusqu'ici du rôle de l'*Idée*. Mais il ne faut pas négliger ce que, dans le langage courant, on nomme le *sentiment*. Il faut encourager tout ce qui, dans l'être qui a souffert, peut provoquer ou renforcer ce qu'on peut appeler, avec Lubbock, le *Bonheur de vivre*.

L'influence de cet état d'âme sur l'activité des échanges nutritifs est bien connue. Sous son influence, les fonctions diverses de l'économie sont stimulées et la guérison marche plus vite. Lorsque j'étais enfant, je me souviens d'avoir été vivement impressionné par une histoire qu'on nous avait lue en classe. C'était la jolie nouvelle de Claretie, intitulée *Boum-Boum* ². Un pauvre enfant, fils d'ouvriers, tombe gravement malade ; il dépérit de jour en jour ; tout lui déplaît et l'on ne sait plus que faire pour le contenter, lorsqu'il demande à revoir le fameux Boum-Boum qu'il avait vu au cirque. Celui-ci (qui ne serait autre, dit-on, que le clown Piérantoni) arrive, amuse l'enfant, qui recouvre

¹ Vidal de Cassis ; *Traité de Pathologie externe*, 5^e édit. Baillière, 1861, p. 86.

² Ce récit a été publié dans la *Lecture*.

l'appétit et revient à la santé. C'est une véritable résurrection par la Joie.

Un vieux tableau de Destouches, intitulé « l'Amour médecin », représente un jeune homme qui recouvre la santé lorsqu'on l'introduit à son chevet, rougissante sous sa blanche coiffe, sa timide fiancée. C'est une autre résurrection, celle-là par la Beauté et l'Amour.

Ces deux exemples, pris dans l'art entre tant d'autres, ne sont pas seulement une agréable invention de l'esprit. Ils expriment une vérité médicale scientifiquement exacte. Rien n'est plus démontré par l'expérience. Aussi les anciens, qui étaient des observateurs, s'occupent-ils de ces soins moraux. Ils recommandent déjà la lecture, la musique, et précisent même le genre qu'ils conseillent. « La lecture, si elle plaît au malade, deviendra d'un charme bien puissant. La Fontaine l'égayera, Gentil Bernard le fera sourire, on redonnera des idées de plaisir au jeune homme souffrant en lui lisant Rousseau, on calmera la douleur du vieillard en lui récitant Molière. On ne négligera pas la musique, et plutôt le rondo léger que l'adagio langoureux ; on préférera aux compositeurs allemands, qui donnent tout à l'harmonie et à la science, ceux de France et surtout d'Italie, dont les morceaux sont chantants et mélodieux ¹. »

D'ailleurs, les malades eux mêmes sentent le besoin de se suggérer des idées riantes, et souvent, dans l'aspect seul de la chambre d'une opérée, dans les bouquets qui l'ornent, dans les parfums qu'on y respire, ou bien dans la coquetterie de l'art avec lequel la convalescente noue ses cheveux, on peut lire le journal de son retour à la vie. Et il y a réciprocité d'action entre la malade et les choses extérieures. Sans doute, c'est parce qu'elle est mieux qu'elle se

¹ Bilon. Dissertation sur la douleur.

fait apporter des fleurs. Mais ces fleurs elles-mêmes ne sont pas que la source de plates sensations visuelles ou olfactives. Elles font germer tout un parterre d'associations d'idées : elles viennent du dehors, de la campagne ; et la campagne, ce sont les promenades au grand air et au soleil, c'est-à-dire la santé et la joie !

Il nous est interdit d'entrer plus avant dans cette question des soins moraux de la convalescence, qui appartient aussi bien à la médecine : Marchant sur la bordure du sujet, le moindre pas nous en ferait sortir. Mais il n'est pas inutile de redire que l'on doit considérer la cure psychique comme devant accélérer la guérison et porter un appoint considérable aux succès que donnent déjà les ressources de l'art.

Loin de moi l'idée de vouloir remplacer le chirurgien par un philosophe ou un rhéteur ! Tout ce qui a été dit n'implique en rien que l'on doive négliger la finesse du diagnostic, ni la perfection de l'acte opératoire. Il semble, au contraire, que seul le bon ouvrier ait moralement le droit d'avoir confiance dans son adresse et de pouvoir faire espérer des résultats favorables, puisqu'ils sont fondés sur ses connaissances théoriques et pratiques et non sur la chance et le hasard. La sûreté et la précision sont des qualités de premier ordre. Mais je ne voudrais pas non plus que l'on regardât les soins moraux comme secondaires en chirurgie. Lorsqu'il s'agit de conserver l'objet le plus précieux qui existe, mais le plus délicat et fragile, une santé humaine, s'il est des précautions qui peuvent l'empêcher de se briser, il est vain de discuter celles qui sont principales ou accessoires : toutes sont indispensables.

BIBLIOGRAPHIE

- DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris. Masson, 1904.
- BERNHEIM. — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Doin, 1903.
- REVEILLÉ PARISE. — Hygiène de l'esprit. Paris. Baillière.
- OCHOROWICZ. — De la suggestion mentale.
- VAN RENTERGHEM. — (A. W.) et Van Eden (E.). Psychothérapie, 1894.
- JANET (P.) et RAYMOND. — Les obsessions et la psychasthénie.
- MALAPERT. — Le caractère. Biblioth. intern. de psych. et path., 1902.
- GRASSET. — Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques. Montpellier, Delord-Boehm et Martial, 1904.
- DESCARTES. — Traité sur les passions, XXXVI.
- J. CAMUS et PAGNIEZ. — Isolement et psychothérapie, 1904. F. Alcan.
- MERCIER. — Les origines de la psychologie contemporaine. Alcan. 1897.
- PAGEL (J.). — Medicinische Deontologie für angehende praktiker. Berlin, 1897.
- BIENVENU (P.). — Des qualités morales du médecin et de la conduite qu'il doit tenir auprès des malades. Paris, 1818.
- VAUGHT (T.-H.). — Who should operate and when? something of the relation between the physician and the surgeon. Ann. Surg. a. gynec. Saint-Louis, 1901. XIV. 1889-90.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral de l'homme. 1824.
- LEFÈVRE. — Phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion. 1903.
- BILON. — Dissertation sur la douleur.
- EPICTÈTE. — Dissertations. Manuel. Firmin-Didot, édit.

GUERINOT. — Recherches sur les conditions de la douleur. Thèse de Lyon, 1899.

GIRARD. — De l'anxiété. Th. Bordeaux. N° 83.

BENNETT (W. H.). — Some reflections, mainly ethical, on the present position of operations in the practice of surgery. Lancet. London, 1903, 1. 1423-1428.

LAURENT — La médecine des âmes.

BERNHEIM. — De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris. Octave Doin, 1888.

CHARCOT. — La foi qui guérit 1897.

CULLERRE. — La thérapeutique suggestive. Paris. Baillière, 1893.

FONTAN et SEGARD. — Eléments de médecine suggestive, 1887.

LÉVY. — Education rationnelle de la volonté, son emploi en thérapeutique.

MICHAUD. — Pour devenir médecin. 1899.

AIMÉ. — Dynamisme nerveux psychique.

BRUNSWIG. — Introd. à la vie de l'esprit. Alcan,

LAVIGÉ. — Les émotions. Alcan.

MOSSO. — La peur. Alcan.

RIBOT. — Psychologie de l'attention. Alcan.

JANET (Pierre). — L'automatisme psychologique. Alcan

PAYOT (J.). — L'éducation de la volonté. 1900. Alcan.

RAUH. — De la méthode dans la psychologie des sentiments. 1899. Alcan.

THOMAS — L'éducation des sentiments. 1898. Alcan.

BAIN (Alex.). — L'esprit et le corps. Paris. Alcan.

FLEURY (Maurice de). — Introd. à la médecine de l'esprit. Alcan, 1900.

LIEBEAULT. — Thérapeutique suggestive. Alcan.

FEUTCHTERSLEBEN. Hygiène de l'âme. Paris. Baillière.

LÉVY. — Délimitat. du nervosisme dans l'élément douleur. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1902.

SÉNÈQUE. — Lettres à Lucilius. De la tranquillité de l'âme.

SERGI. — L'origine des phénomènes psychiques et leur signification biologique. —

GRASSET. — L'hypnotisme et la suggestion. Biblioth. internat. de psychol. expérim. Paris. Doin, 1903. Anatomie clinique des centres nerveux. Actualités médicales. Baillière, 1902.

- HACK-TUKE. — Manuel de médecine psychologique : le corps et l'esprit. Trad. Parant. Paris. Baillière, 1886.
- SAINT-VEL (O.). — De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique. Delahaye et Lecrosnier, 1884.
- FÉRÉ. — La pathologie des émotions.
- RIBOT. — Psychologie des sentiments. F. Alcan.
- BAIN. — Les émotions et la volonté.
- DUMAS (G.). — La tristesse et la joie.
- PAULHAN. — La volonté. Bibl. internat. psych. exp., 1903.
- LEMAITRE (Georges). — Les causes morales des maladies. Th. Paris, 1901 1902. N° 405.
- REGNAULT (F.). — Influence du moral sur le physique. Revue (ancienne Revue des Revues), 15 mai 1903.
- FAURE (J.-L.). — L'âme du chirurgien. Revue, 15 avril 1903.
- BILLROTH. — Manuel des familles et des infirmières.
- DESCURET. — La médecine des passions.
- ROCHARD. — Histoire de la chirurgie.
- CRUVELHIER. — Des devoirs et de la moralité des médecins.
- CAMPARDON. — Du courage dans les maladies.
- DESCARTES. — Les passions de l'âme. OEuvres choisies. Garnier.
- BARTH. — La psychothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au début. Journal des Praticiens, 11 nov. 1903.
- SPALIKOWSKI (Ed.). — Ame de médecin. Paris, soc. d'édit. littéraires, place de l'Ec.-de-Méd., 1901.
- Annales médico-psychologiques.
- Revue de psychologie.
- Année psychologique.

Vu et permis d'imprimer : Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 décembre 1904. Montpellier, le 8 décembre 1904.
Le Recteur : Le Doyen,
A. BENOIST. MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

